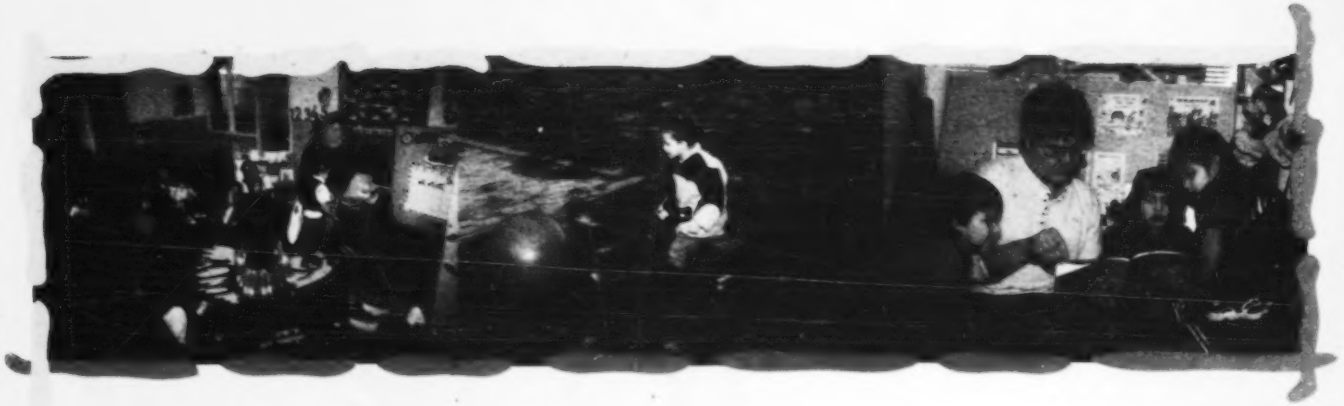
Health Canada Santé Canada

ABORIGINAL HEAD START INITIATIVE



CHILDREN MAKING A COMMUNITY WHOLE:

A Review of Aboriginal Head Start In Urban and Northern Communities

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.
Health Canada

Également offert en français sous le titre: Les enfants, source de santé et d'unité pour la collectivité: Vue d'ensemble du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivité urbaines et nordiques.

This publication is also available on the Internet at the following address:
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/acy/ahs.htm

Email: ahs-papa@www.hc-sc.ca

For additional copies, please contact:

Aboriginal Head Start
Childhood and Youth Division
Health Canada
Tunney's Pasture
Jeanne Mance Building
Postal Locator 1909C2
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Enquiries in English: (613) 952-5845
Enquiries in French: (613) 952-5845
Fax: (613) 941-5492

No changes permitted. Reprint permission not required.

This publication can be made available in/on computer diskette, large print, audiocassette, or braille upon request.

Published by authority of the Minister of Health.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000.

Cat: H39-532/2000E
ISBN: 0-662-28908-0

TABLE OF CONTENTS

Introduction 1

Projects, Children and Families 3

Children and Their Primary Caregivers 6

Aboriginal Culture and Language 8

Education/School Readiness 10

Health Promotion 12

Nutrition 13

Social Support 15

Parental Involvement 17

The Team - Personnel, Training and Volunteers 19

Project Administration and Co-ordination 23

Participant Challenges 25

Community Challenges 26

Program Finances 28

Program Needs and Desires 31

103-03739/

INTRODUCTION

Aboriginal Head Start (AHS) which is funded by Health Canada, is an early intervention program for First Nations, Inuit and Métis children and their families living in urban centres and large northern communities. In 1998, a major expansion of Aboriginal Head Start to First Nations communities on reserve began. Aboriginal Head Start projects typically provide half-day pre-school experiences that prepare young Aboriginal children for their school years by meeting their spiritual, emotional, intellectual and physical needs. All AHS sites provide programming or activities in each of the six AHS component areas: culture and language; education; health promotion; nutrition; parental involvement; and social support.

Generally, AHS projects operate September to June, four days per week, with 30-40 children 3-5 years old, in morning and afternoon sessions in a structured pre-school environment. Aboriginal Head Start projects are run by locally managed Aboriginal non-profit organizations. Parents participate in the management and operation of their children's programs.

Aboriginal Head Start has generated enthusiasm and passionate commitment among community participants - the parents, project staff and volunteers that have initiated projects and are keeping them going. Community participants have told Health Canada that:

- Aboriginal Head Start has provided Aboriginal communities and organizations with their best opportunity to collaborate;
- Aboriginal Head Start has focussed community energies on working together for the lives of children; and
- Aboriginal Head Start has improved the lives of thousands of Aboriginal children and families.

The program began in May 1995 with a four-year pilot phase (1995-96 to 1998-99) and has ongoing funding of $22.5 million annually. In January 2000, there were 112 urban and northern AHS sites, in eight provinces and three northern territories. This is an increase from the 98 sites funded in 1998-99, due to a new agreement with the Kativik Regional Government in Nunavik, northern Quebec, that will see all of its child care centres eventually offering full Aboriginal Head Start programming.

Since the beginning of the program, Health Canada and individual project sites have been committed to evaluation. All projects are required to engage in evaluations of Aboriginal Head Start (Urban and Northern) activities. At the national level, an evaluation framework was approved in 1997. The framework commits the program to conduct national process and impact evaluations. A design for the Process Evaluation was developed over the next year. This document reports on the results of

the first process evaluation, or 'administrative survey,' in 1999. The information in this document was collected from 96 of the 98 urban and northern AHS sites operating in the 1998-99 school year. The majority of projects were in their second or third year of operation at this time. A questionnaire was mailed to all sites by the AHS National Office in Ottawa, and local projects were given four weeks to respond. Respondents included project directors, instructors, sponsors, parents and others intimately involved in program delivery. Impact evaluation work is scheduled to commence in 2000.

After the completed questionnaires were received from AHS sites, Kishk Anaquot Health Research was contracted to analyse the data. Kim Scott and Debbie Clark produced the analyses and charts that appear in this report.

This report highlights the results and closely follows the structure of the survey with a few minor changes. The report describes background information, team characteristics, project administration and co-ordination, program participants and their communities, program components and the various strategies and plans associated with each, and, last, but certainly not least, program needs and finances. Comparisons have been made with data from other sources wherever possible.

A larger document called A Report of Process Evaluation Survey Results presents the complete results of the process evaluation survey. It was also prepared by Kishk Anaquot Health Research. This report is a summary of highlights taken directly from that document.

Data from the first process evaluation shows impressive accomplishments in Aboriginal Head Start communities. In the pilot phase, 98 communities developed facilities and operational programs. Most programs operate at capacity enrolment, and are demonstrating that local Aboriginal community development and management can build effective comprehensive early childhood programs.

The AHS National Evaluation is governed by an Evaluation Steering Committee. When the data contained in this report was compiled, the members of the committee were:

Linda Arkwright, *National AHS Committee*
Richard Budgell, *National Program Manager*
Kathleen Hunter, *Program Consultant Alberta/NWT Regional Office, Health Canada*
Odette Johnston, *Manager, Aboriginal Head Start On Reserve, Medical Services Branch, Health Canada*
Lynne Robertson, *Evaluation Analyst, AHS (Urban and Northern Communities), Health Canada*
Amy Bell, *National Evaluation Team for Children, Health Canada*
Esther Kwavnick, *Associate Director Childhood and Youth Division, Health Canada*
Lee Morrison, *Statistics Canada*
Robert Pelletier, *Policy and Consultation Branch, Health Canada*
Richard Veevers, *Statistics Canada*
Brian Ward, *Director, Childhood and Youth Division, Health Canada*

This stage of the evaluation was managed for Health Canada from May to August 1999 by Valerie Galley, and, since August 1999, by Lynne Robertson, both of whom deserve immense credit for seeing the report through to completion. Finally, our enormous gratitude goes out to the Aboriginal Head Start sites that dedicated the required time to completing the evaluation questionnaire, and that continue to dedicate themselves, day after day, to offering a high-quality pre-school program to Aboriginal children and families.

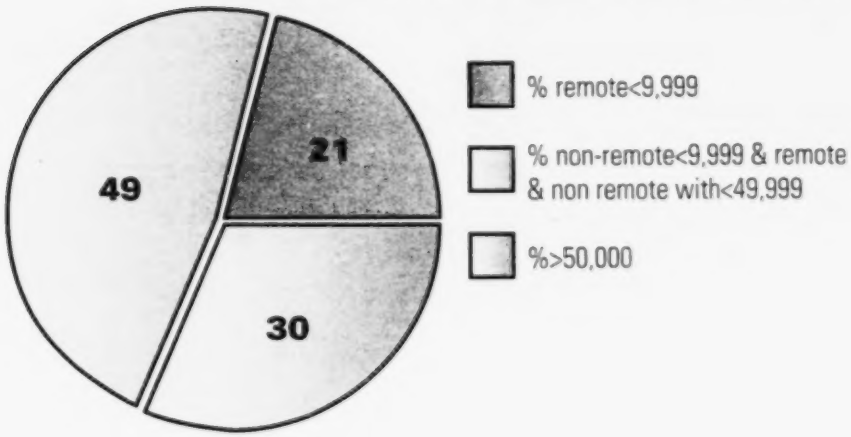
Richard Budgell
National Program Manager

Projects, Children and Families

Thirty percent of all projects are in urban centres, 21 percent in remote locations and 49 percent in non-remote centres with less than 49,999 people. A total of 3,236 children are enrolled in AHS. Boys and girls participate in about equal numbers, with the highest percentage of participants being four years old.

FIGURE 1

AHS Projects by Community Size and Remoteness



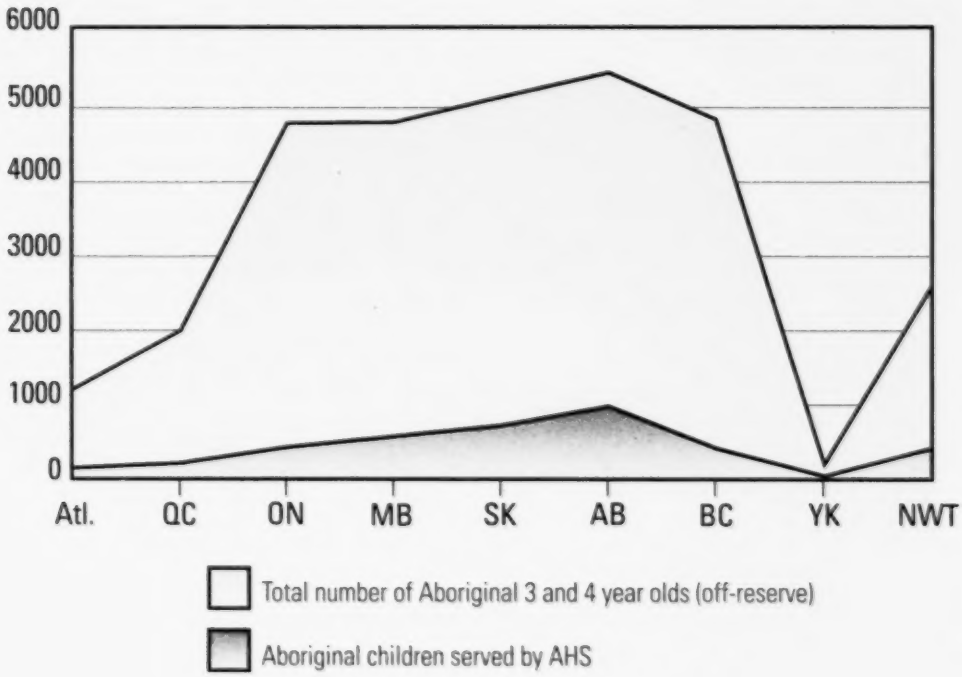
Over 600 children are on waiting lists for AHS, most of whom will wait about 7 weeks to be accepted. The vast majority of programs (88%) have intake procedures that may include interviews, home visits, applications and other printed material for parents. The number of children on waiting lists is not a full indication of the degree of need for the program. Statistics Canada's 1996 Census numbers show that there are more than 27,000 three and four year old Aboriginal children living off-reserve. Even operating at nearly full

capacity, as was the case in 1999, the program is able to accommodate only a small percentage of these children, as indicated in Figure 2.

About 30 children participate in AHS on any given day in any given project. Almost a fifth (17%) require greater than normal staff time, mostly for

FIGURE 2

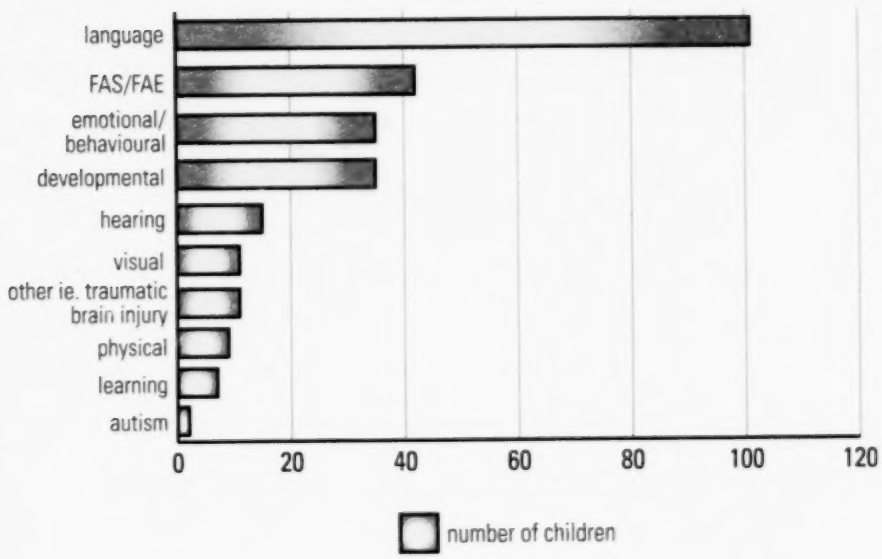
Children Served by AHS and Total Number of Aboriginal 3 and 4 Year Olds (off reserve) by Region



language-related, FAS/FAE or emotional, behavioural or developmental delays. An additional 384 children require formal assessment. Figure 3 shows the number of children diagnosed with a special need by type of need.

FIGURE 3

Number of Children Diagnosed with a Special Need by Type of Need



LEGEND

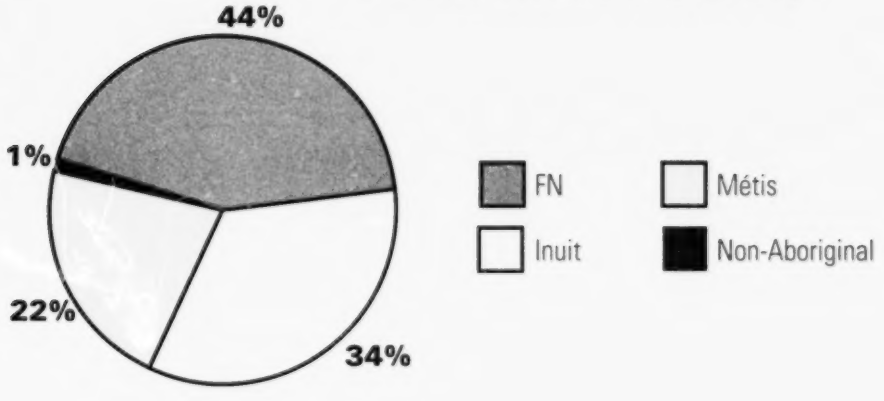
language	=	delays, speech impediments
FAS/FAE	=	Fetal Alcohol Syndrome / Fetal Alcohol Effects
emotional/ behavioural	=	emotional or behavioural problems
developmental	=	developmental challenges or delays
hearing	=	hearing problems
visual	=	visual problems
other	=	traumatic brain injury
physical	=	physically challenged
learning	=	learning disabilities
autism	=	autism

Children and Their Primary Caregivers

Almost half (44%) of the children participating are First Nations, 22 percent are Métis and 34 percent are Inuit. Fifteen percent can speak an Aboriginal language fluently. These children are concentrated in Inuit communities and other remote sites.

FIGURE 4

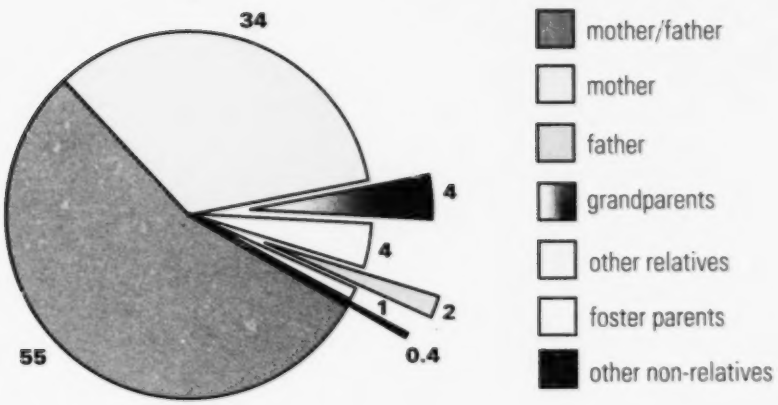
Distribution of Children by Ethnicity



The majority (55%) of all participating children live with both parents, but over a third (34%) live in lone parent homes headed by women. A small group (8%) of AHS participants are being raised by foster or grandparents, and two percent live with their father only.

FIGURE 5

Percent of Children Who Live With Various Caregivers by Type of Caregiver



In the overall Aboriginal community, less than half (43%) of Aboriginal children under 15 live in a married couple family, 1 quarter live in a common-law couple family, and almost one third (32%) live in a lone-parent family. In larger urban centres, the rates of Aboriginal children living in lone-parent families are higher[1].

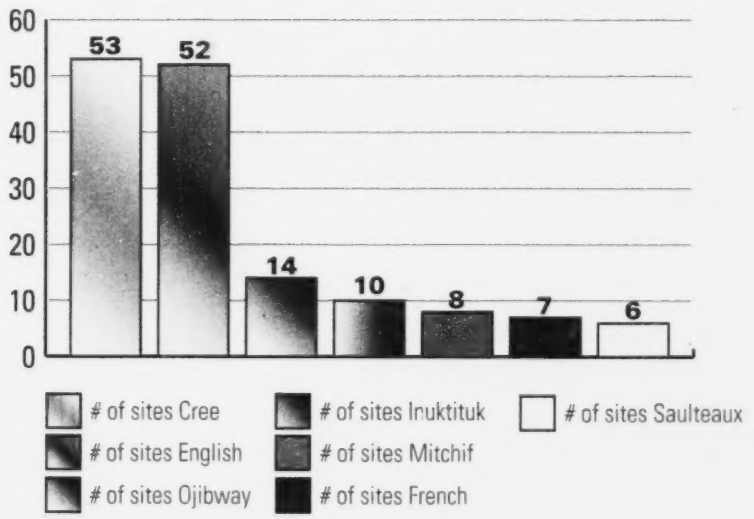
[1]Statistics Canada (1998), The Daily, January 13, 1998: 1996 Census, Aboriginal Data, page 5.

Aboriginal Culture and Language

Most sites report that their primary languages of instruction are English and at least one Aboriginal language. For at least five sites, the primary languages of instruction were French and an Aboriginal language. The most common of the Aboriginal languages taught in class, in ranked order, are Cree (53 sites), Ojibway (14 sites) and Inuktitut (10 sites). Other Aboriginal languages are in use in only one site. The range of languages is great and includes: Algonquin, Atikamek, Blackfoot, Carrier, Chipewyan, Dakota, Dene, Dogrib, Gwichin, Hal'qu'em'elem, Han, InnuEimun, Inuinnagtun, Inuvialuktun, Kaska, Kwa-Kwa-La, Mi'kmaq, Michif, Mohawk, Montagnais, Northern Tutchone, Nuu-Chah-Nulth, Oneida, Saulteaux, Slavey, Smalgyax, and Squamish. In total, thirty Aboriginal languages are used in the presence of the children.

FIGURE 6

Languages Taught in Class



When it comes to more informal language use in front of the children, more sites report using an Aboriginal language. In hierarchical order of frequency, those languages are Cree (47 sites), Ojibway (13 sites), Inuktitut (nine sites), Michif (eight sites), and Saulteax (seven sites). The majority use Aboriginal languages (91%) and books (67%) or toys (71%) reflecting Aboriginal cultures on a daily basis. However, 41 percent report that they never use books in an Aboriginal language. Elders and traditional people are most commonly involved in cultural activities on a daily or weekly basis and parents and caregivers participate in cultural aspects of the program most often on a weekly or monthly basis.

Best practices in the Aboriginal culture and languages component include complete immersion in the language and culture; use of visual aids and culturally appropriate toys, books and resource materials; involving elders, parents and family; use of music and song; and culturally based curricula. Plans for the future focus on increasing elder, parental and community involvement; changes to the curriculum; improved language use; incorporating more music and dance; providing more field trips and training for staff; as well as increasing the use of art, craft and ceremony in class. Change is most commonly measured through observations and feedback in the culture and language component.

Education/School Readiness

The overwhelming majority of projects (80%+) report that daily activities include:

- praising children for their accomplishments;
- listening to music;
- encouraging children to describe their experiences;
- encouraging children to be inquisitive, ask questions and experiment;
- working in groups;
- telling stories;
- promoting letter and alphabet recognition;
- promoting number recognition; and
- familiarizing the children with colours and shapes.

In 54 percent of sites, parents were encouraged, at least monthly, to use teaching materials at home. It was much less common for parents to be encouraged to help with numeracy or literacy lessons, or to take pride in their children's work.

Sites report the most successful strategy for promoting child development and school readiness is a well planned, professionally developed curriculum. Following this, concentrated effort at facilitating child development together with parental and community involvement are also considered important. Regular and effective communication campaigns, an active learning approach, enhancing the child's self confidence, ensuring qualified staff and formally tracking development change are also considered particularly effective. Future plans to enhance impact on school readiness include changes to the curriculum to include more basic academic and cognitive skill development and more exposure to Aboriginal content. Also cited are plans to develop new programs and partnerships; schemes to increase parental and community involvement; increased training opportunities; increased focus on

development and growth; use of more rigorous assessment strategies; and more field trips.

Perhaps more than in any other component of the program, formal assessment is used to measure change with respect to education and school readiness. Some even cite the instruments used, which included the Denver Developmental Screening Test; the Diagnostic Inventory for Screening Children and the Brigance Pre-school Screen for Three and Four Year Old Children. The second most common measurement strategy is observation and, although many report tracking or testing the children, few details of those measurement tools are clear. Finally, feedback in the form of written or verbal comments from parents, staff, community members and kindergarten teachers is the third most common form of measuring impact.

Assessment of a child's needs and progress is seen by Health Canada as crucial when examining program impact. The AHS impact evaluation, on which work is commencing in 2000, will focus on this issue.

Health Promotion

When parents are the target of their health education efforts, most sites distribute information on a monthly basis, although a sizable portion (15%+) give out books, pamphlets or information on health services and child development on a daily basis. When children are the target of their health education efforts, the most popular daily activities are physical activity (79%) and developing motor skills (87%), followed by dental hygiene (59%).

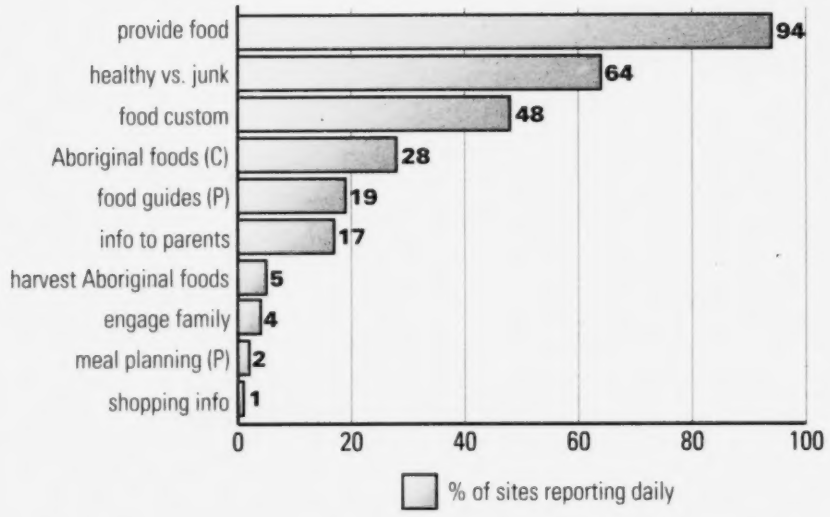
The sites report that the best health-promoting practices (in ranked order) are: health education; hygienic practices; nutrition education; community and professional involvement; hands on activities and parental involvement. Plans for the future include: increasing professional and community involvement, as well as changing the curriculum; organizing training opportunities for parents and staff; increasing parental involvement; and having more field trips. The most common measurement strategy to determine the impact of health-promoting efforts is the observation of changes in the health practices of the children. Feedback and evaluation are also used, although less commonly. Lastly, some use established records like immunization files to determine if they are making any health differences.

Nutrition

Almost every site (94%) provides meals or snacks on a daily basis, and almost half (48%) expose participants on a daily basis to local Aboriginal customs relating to food. While the majority engage families in nutrition-related activities, 30 percent report that this was never done. Parents are most likely to get nutrition-related information (e.g. food guides, workshops, shopping information, meal planning and other general nutrition information) on a monthly or yearly basis. The most common daily lesson for children is aimed at helping them to make the distinction between healthy and junk food. Sixty percent are exposed to Aboriginal foods on a daily or weekly basis, and gathering or preparing Aboriginal food is most commonly a monthly activity.

FIGURE 7

Daily Nutrition Activities by Type



LEGEND

provide food	=	offering a meal or snack as part of the program
healthy vs. junk	=	teaching the differences between healthy versus junk food
food custom	=	exposing the children to Aboriginal food customs
Aboriginal foods (C)	=	exposing the children to Aboriginal foods
food guides (P)	=	exposing the parents to the Canada food guide
info to parents	=	nutrition information provided to parents
harvest Aboriginal foods	=	engaging the children in harvesting Aboriginal foods
engage family	=	engaging the family in nutrition-related activities
meal planning (P)	=	offering information on meal planning to the parents
shopping info	=	offering information on shopping nutritiously to the parents

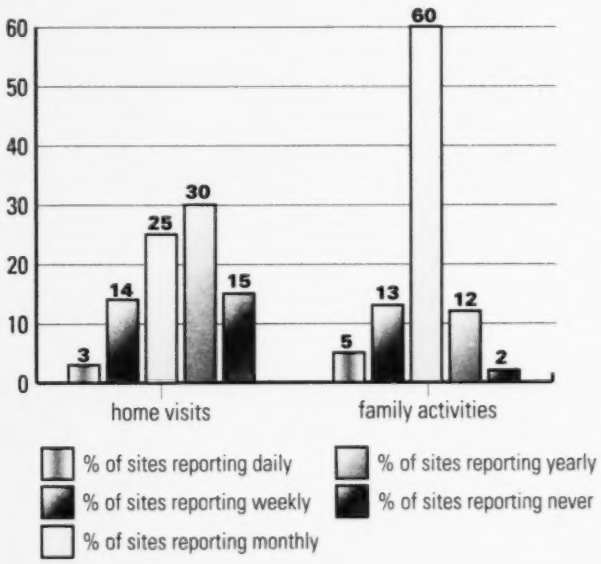
Providing food is considered the best way to teach nutrition. Practical activities and nutrition workshops or training were second and third place best practices. Plans for the future include: generating new ideas for the curriculum; captivating family involvement; offering training sessions and workshops in nutrition; increasing communication; and soliciting greater community contributions. Change is most frequently measured through feedback and observation, although a minority use formal evaluations or indirect measures (e.g. rates of anemia) to assess their impact.

Social Support

Individualized social support for families is offered most frequently through home visits. The purpose of the social support component is to ensure families are made aware of community resources and services and to assist them in accessing these services. Clothing exchanges are available in half of all AHS sites and toy libraries in about a third. Parent self-help groups, family activities and networking opportunities through workshops are most commonly offered on a monthly basis in AHS sites. Parenting skills information is imparted daily in 28 percent of AHS sites, but parents are most likely to receive information on or referrals to social services or a specialist on a monthly basis.

FIGURE 8

***Frequency of Social Support Activities*[2]**



Activities to promote AHS as a community resource are quite common. Almost every site is supported by the local kindergarten class and the public health nurse (96% and 95% respectively). Over three quarters of sites enjoy support from child or day care facilities, family counselors, hospitals or clinics, physicians, dentists, employment training programs, as well as education and literacy programs. Support is weakest with respect to child mental health services and transportation.

[2] NOTE TO READER: When the percent of sites reporting does not equal 100 percent, the difference equals the percentage of sites not reporting.

Forty percent report that they have formal partnerships (established by written agreement) with community agencies, which provides them with significant benefits like access to books, computers, facilities, cultural resources, self-development programs, equipment, budget supplements, lunch programs, teachers, specialists, professional hockey players, prenatal programs and social services, to name a few. Several strong tactics were noted to provide the program and families with social support, including: engaging parents in AHS-sponsored activities; involving the community; offering training to parents; providing family supports; and using "hands on" activities.

Sites plans for the future entail increasing parental involvement; strengthening community commitment to AHS; offering training; and boosting team complements. Change is measured most frequently in the social support component by observation and feedback. For a minority of sites, responses and stories gleaned from parent questionnaires, administrative record keeping on referrals, or the site's linkages to other social service agencies are used as a means of tracking changes in the social support component.

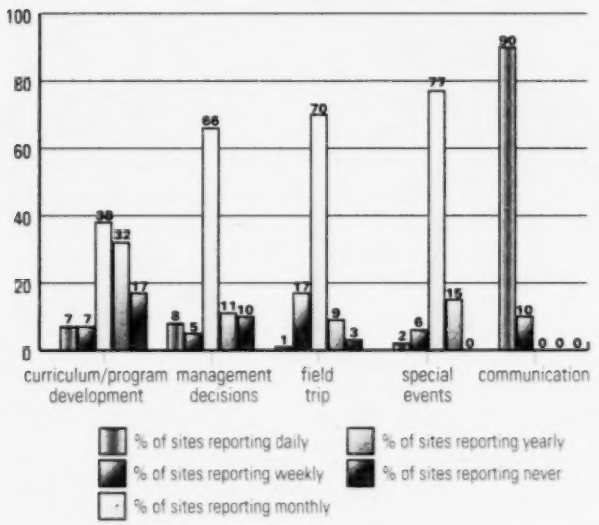
Parental Involvement

Communicating with parents is a daily event for the vast majority of sites (90%), and almost as many (85%) have parent councils that meet an average of 10 times per year. Parents are most commonly involved in management and decision making, field trips, special events and curriculum development on a monthly basis. Just over half (53%) report that parents participate in hiring and evaluation, and most (83%) gave parents a wide variety of decision-making authority. Many (70%) report that getting parents involved has been a struggle, still, the average number of parents participating per site is 14.

The reasons most cited for the difficulty in getting parents involved revolve around conflicting schedules (i.e. between AHS and parent scheduling), as well as parental commitments to work or school. Some cite transportation and personal issues (e.g. lack of interest, motivation), as well as misconceptions about the program, as reasons for parents not becoming involved. One quarter of the sites, however, indicate that they had no difficulty getting parents involved.

FIGURE 9

Frequency of Parental Involvement in various activities



The most common barriers for parents in relation to their child's participation in ranked order, are transportation, scheduling and the limited number of spaces for children in the program. Other barriers cited include: unreliable child care; family issues (e.g. illness, negligence, abuse and poverty); parental fear; and language barriers. AHS teams are most likely to encourage parents to enroll their children by inviting them to the site, holding one on one meetings, and soliciting recommendations from local education and social service professionals. Other strategies include advertising, toy libraries, telephone interviews, home visits, media interviews and open houses. Only 15 percent specifically target fathers in their recruitment methods.

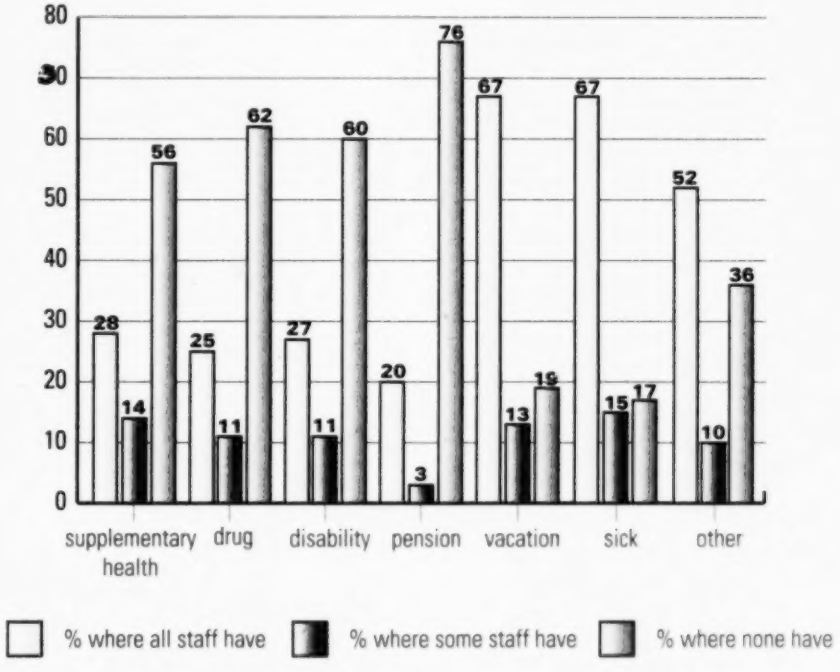
Their best practices to encourage parental involvement, in ranked order of power are outreach, community involvement, hosting training workshops and offering family-support services. Plans for the future include: maintaining a parent focus through outreach and incentive programs; enlisting the participation of the broader community; providing more training; and making curriculum or program changes. Again, impact is most generally measured by observations of and feedback on parental attitudes, behaviors, and levels of comfort and interaction, although some (the minority) have systematically monitored parental involvement.

The Team - Personnel, Training and Volunteers

There are 589 paid personnel, with team sizes averaging about six people. From September of 1998 to May 1999, there was a 33 percent attrition rate. Most team members leave for personal reasons, to pursue other employment opportunities, or for other reasons. Although vacation and sick leave are common benefits, the overall benefits' package for AHS employees is poor. Less than a third of all respondents offer supplementary health, drug or disability insurance. Similar profiles exist for the availability of pension plans. Other benefits that were cited by the majority, however, included things like Canada Pension Plan, unemployment insurance, employee/family assistance plans and savings plans, to name a few.

FIGURE 10

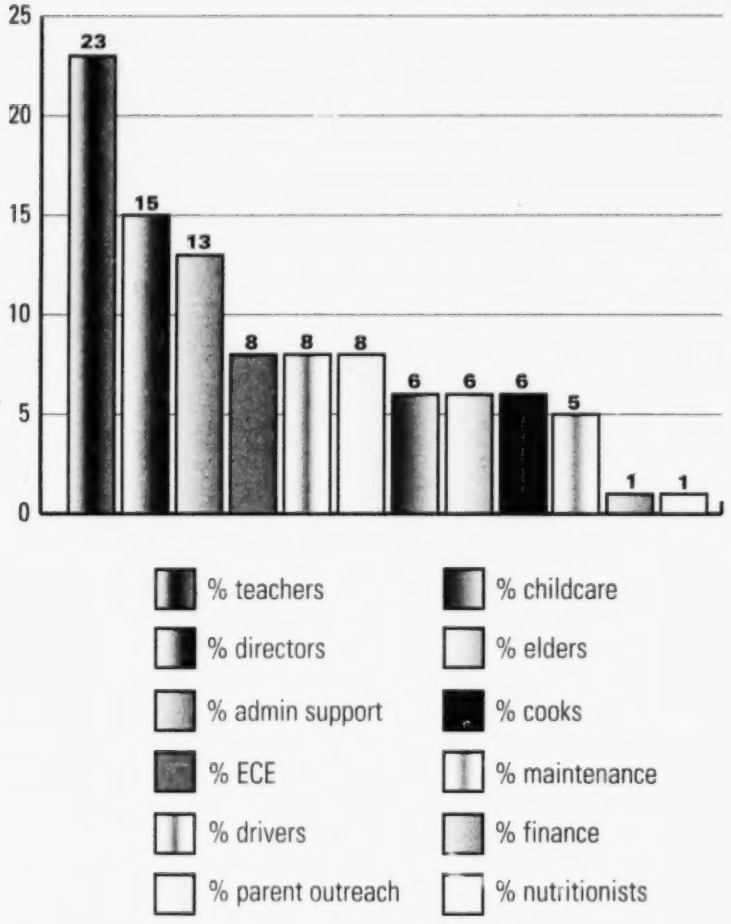
Various Benefits Offered



The distribution of paid personnel by position is shown in Figure 11. The largest segment of the team consists of teachers[3] and directors[4]. Administrative support, parent outreach, bus drivers and those people who are trained in Early Childhood Education (ECE) make up the next most common team categories. Elders, cooks and maintenance crews make up some of the AHS team and, in a handful of situations, nutritionists and finance officers are staff members, too.

FIGURE 11

Distribution of Team Members by Position



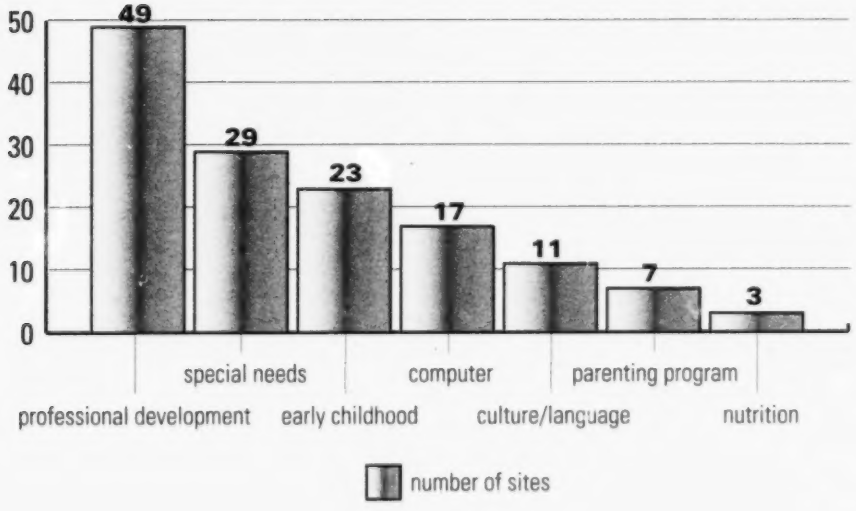
[3]"Teacher" would generally include classroom instructors who may or may not have bachelor's degrees in education, or ECE diplomas.

[4]Directors often did not engage in administrative duties alone, but doubled as classroom instructors or curriculum developers.

The majority of the team can be found in the classroom. Administrative support and parent outreach are the next biggest group. Very small proportions (all 6% or under) of the team consist of either elders, cooks, maintenance personnel, finance officers or nutritionists. At least 71 percent of the team is Aboriginal. On average, they work 35 hours a week, at $13.13 an hour, for 44 weeks of the year. Thirty one percent of the team is ECE-trained and 14 percent have either undergraduate or graduate degrees. The most common training opportunities are Health Canada-sponsored (e.g. regional and national training workshops), followed by the opportunity to take courses (43%) as part of the job. Early childhood education training is accessible to the majority (82%); however, when analysed by remoteness, it is clear that ECE training is accessible to virtually all urban projects, but to only 45 percent of remote or Inuit sites. Respondents feel strongly about the need for more professional development training, as well as training to deal effectively with special needs and to facilitate early childhood development. Others feel the need for computer training, and culture and language courses.

FIGURE 12

Training Needs by Type



In a typical month, over 19,000 service hours in total are contributed by volunteers. If one translates that into dollars and cents using the average hourly wage of $13.13, that means that $249,470.00 are infused into the program each month, or nearly $3 million annually, by volunteer efforts! Family members are most likely to volunteer at special events, probably owing to their commitments to work or school, while community members are most likely to contribute during fund-raising events. Elders that volunteer are most likely to be found in the classroom.

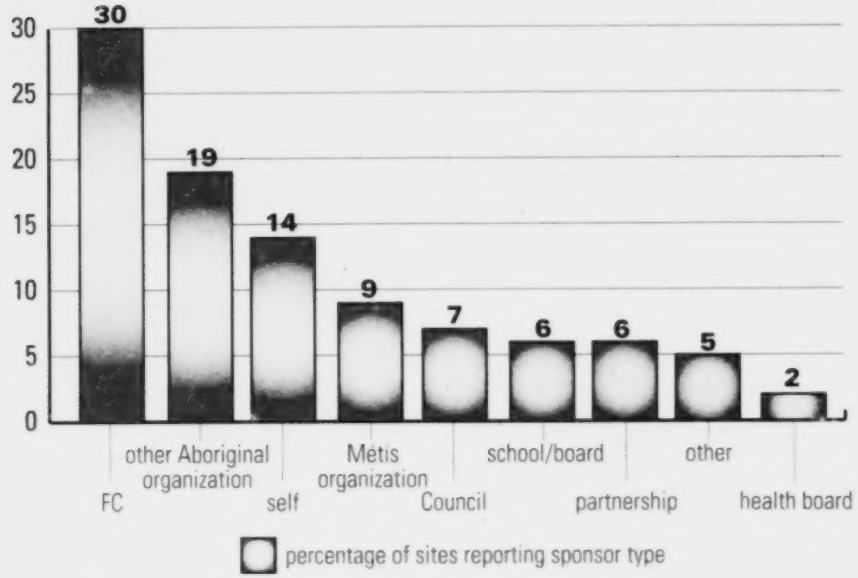
Project Administration and Co-ordination

Friendship centres sponsor almost a third (30%) of all AHS projects in urban centres and northern communities. Nineteen percent are sponsored by other Aboriginal organizations (e.g. health centres, Métis settlements, non-profit organizations), and a sizable group (14%) is self-sponsored; that is, sponsored by an incorporated group of parents. About a quarter of all sites share a sponsor or transportation services, half share space or equipment, and about a third share staff. Their partners are many and varied, but most commonly include school boards, other early intervention programs, health centres, the Community Action Program for Children and child care centres.

Projects rated the program highly in relation to a number of its key features. Most projects feel good about overall program design, development and national management. Regional program consultants and regional management are very highly regarded. The majority (81%) of projects rate the regional and local evaluation processes as good or better. Least favoured among administrative processes, however, are funding renewal, cash flow and national evaluation processes.

FIGURE 13

Sponsor Types



LEGEND

FC	=	Friendship Centre
Other Aboriginal organization	=	Other Aboriginal organization
Métis organization	=	Métis organization
Council	=	Band Council
Self	=	Self-sponsored
School/Board	=	school or education board
Partnership	=	any combination of sponsors
Health Board	=	health board
Other	=	non-profit organizations, Métis settlements

Participant Challenges

Just over a quarter (26 percent) of AHS sites see parental involvement as their most serious challenge in relation to participation. This is consistent with findings from the Head Start program in the United States, where parental involvement has been a continuing challenge throughout the nearly forty years of its history. Twenty percent of sites perceive low literacy skills among parents as a serious challenge to parental involvement, and 14 percent of sites believe that FAS/FAE among parents is a serious problem. Almost half of AHS sites experience challenges associated with teen parenting: for some (9%), it is serious, but, for others (40%), it is seen as a minor problem. Special needs support for speech problems are the most common, serious challenges related to the children, followed by behavioural problems.

Teams feel professional development training was the best way to deal with family challenges, followed by encouraging parental involvement and drawing on the support of community resources. Their plans for the future feature training most prominently; then, creative strategies to solicit parental involvement such as providing greater incentives, increasing parental decision-making authority; or expanding staff complements to include an outreach worker. Increased program sensitivity and adaptability to special needs was also mentioned, as was greater inter-agency support and fine tuning program administration.

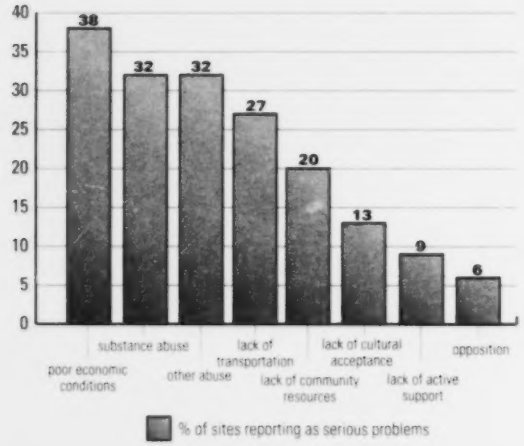
Although little is known about rates of chronic or infectious disease, and traumatic injury, in the AHS group, it is known that ear problems (15%), allergies (13%), asthma (12%) and bronchitis (7%) were prevalent in the sample of Aboriginal people in Canada responding to the First Nations and Inuit Regional Health Survey (FNIRHS), which profiled First Nations and Inuit children ages 0-11. In the national sample, seven percent were overweight or had psychological problems. Similarly, the Canadian Institute for Child Health reports that First Nations infants are four times more likely to die of injury than other Canadian infants. For toddlers and pre-schoolers, the rate is more than five times greater: 15/100,000 for other Canadian pre-schoolers and 83/100,000 for First Nations pre-schoolers! Non-fatal injuries in the 0-5 age group were, most commonly, broken bones (4%), serious burns (3%) and serious head injuries (3%). Behavioural or emotional problems were noted for nine percent of the young group (0-5yrs).

Community Challenges

The greatest community challenges faced by projects are poor local economic conditions, identified by 38 percent of sites, and substance abuse and other forms of abuse - such as family violence - identified as serious challenges by almost a third of sites. More than a quarter (27%) of sites find the lack of transportation a serious problem, and one-fifth cite a lack of community resources and services. For some sites (13%), a lack of acceptance of Aboriginal children's cultural difference by the school system and a lack of active support from the community (nine percent of sites) are serious issues.

FIGURE 14

Community Challenges



LEGEND

poor economic conditions	=	poor economic conditions
substance abuse	=	alcohol, drugs and solvents
other abuse	=	family violence and other
lack of cultural acceptance	=	lack of acceptance of Aboriginal cultural differences at local schools
lack of active support	=	lack of active support from the local community
opposition	=	opposition to the program from local community

By comparison, it is interesting to note that 8.5 percent of First Nations people living off reserve, 7.5 percent of Métis and 12.7 percent of Inuit families reported food shortages. For the Canadian population overall, it is estimated that 7.5 percent report food shortages as a problem. When we look at employment, 24.5% of Aboriginal people were unemployed in 1996, as compared to a ten percent unemployment rate for Canadians generally[5]. When questioned about their perception of community challenges, Aboriginal people (First Nations off-reserve, Métis and Inuit) cited unemployment, substance abuse, family violence, sexual abuse and suicide as social problems[6].

To overcome community challenges, AHS teams feel that their single most potent strategy is to establish partnerships and enlist community participation. Other effective means of dealing with challenges are to invest in parents through training and workshops; use cultural activities and festivities as a way of celebrating the positive; engage in effective communication; and ensure strong program design. Plans to improve their ability to master their environments include improving public relations, providing transportation, increasing fund-raising activities, parental involvement and cultural content, and, last, but not least, ensuring qualified staff or providing training.

[5]Caledon Institute of Social Policy, (1999), *Aboriginal People in Canada's Labour Market*, page 9.

[6]Adapted from Statistics Canada, *Language, Tradition, Health, Lifestyle and Social Issues*, 1991 Aboriginal Peoples Survey, 1993 as cited in Canadian Institute for Child Health: *The Health of Canada's Children*: A CICH Profile, 1994, page 140.

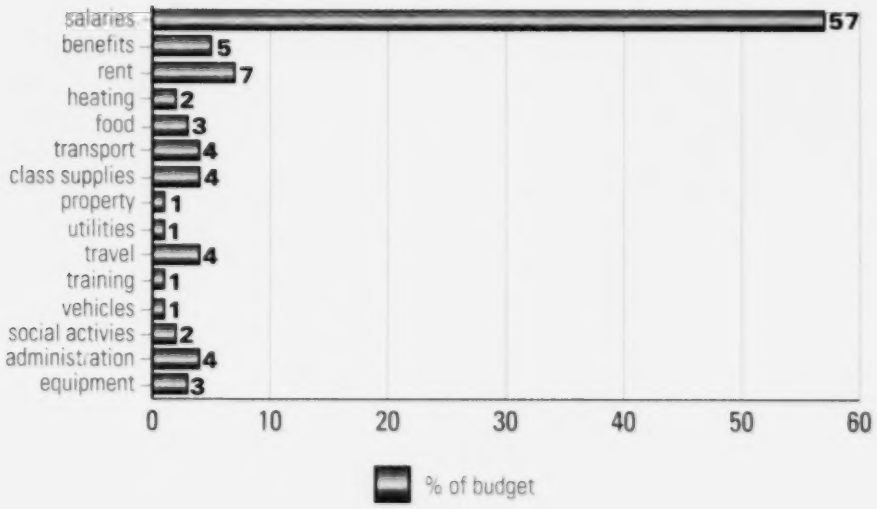
Program Finances

Median Health Canada funds received by all AHS sites for the period April 1, 1998 to March 31, 1999 were $200,000. Median expenditures by sites were slightly higher, at $200,268. In specific kinds of sites, the picture is very different: in Inuit sites, median Health Canada funding is $177,000, while median expenditures are $240,000. In all remote sites, median funding is $124,000, while expenditures are $170,000. The difference is accounted for by funding and donations from other sources, as described later. It is only in urban sites that the Health Canada funding precisely matches expenditures, at $212,000.

The biggest single cost for all sites is salaries. Sites spend a median amount of $123,155 annually; the exception to this is remote sites, which spend a median amount of $96,918. Staff benefits cost sites a median amount of $10,000, with wide variation depending on the type of site: $21,416 in Inuit sites, versus a median amount of $6,253 in remote sites. As discussed in the section on sites' teams (page 19), this can be accounted for by the broad range in the extent of benefits that sites are providing to their employees, with the typical benefits package being inadequate.

FIGURE 15

Cost Categories as a Percent of Total AHS Budgets



AHS sites spend roughly comparable amounts of money for rent of facilities to house their projects. Median rental costs for all sites are $14,700 annually. Inuit and urban sites spend slightly more than this, at $15,200 and $15,805 respectively; sites in remote communities spend slightly less, at $10,017. The 1999 survey from which these data comes did not ask sites about mortgage expenses in those sites that own their own building; this question was added to the 2000 survey.

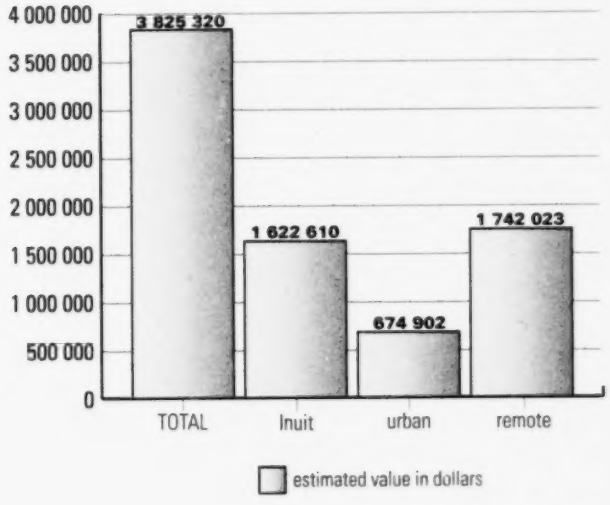
Many other costs were identified by sites, such as bank fees; property expenses (e.g. insurance, renovations, waste removal); travel (to participate in meetings, training or field trips); training; vehicle expenses (because many sites own and operate buses or minivans); administration (e.g. audits, honoraria for elders, professional fees, insurance, advertising); and equipment/supplies (e.g. books, toys, furniture, office and cleaning products). To highlight two of these: sites spend a median amount of $4,130 on training, but the median amount for Inuit sites is significantly higher than this, at $14,665; and sites spend a median amount of $7,300 on equipment and supplies, with Inuit sites again higher, at $12,500. These two categories of spending are crucial to the maintenance of a quality program: trained staff has been demonstrated by a number of studies to be a significant factor in maintaining or improving early childhood education quality, and classrooms must be adequately supplied with learning resources for children, and safe play equipment, to have a quality program.

As mentioned earlier, total expenditures of AHS sites consistently exceed Health Canada funding ($19,045,000 in direct support to urban and northern projects in 1998-99). In order to supplement Health Canada funding, AHS sites have proven to be skilled at fundraising from other sources, including municipal and provincial governments, other federal programs, private granting foundations, Aboriginal organizations and community donations. More than three million dollars in additional funding was raised from all of these sources in 1998-99!

When examining the estimated total value of donated goods and services, it is clear that an additional $766,693 comes into the program in the form of labour, space, food, transportation and classroom material. This time, urban projects are the prime beneficiaries. Taken together, the total value of donated funds and contributions of goods and services injected $3,825,320 in AHS in fiscal year 98/99. When broken down by Inuit, urban and remote sites, it is clear that Inuit and remote sites are at a greater advantage than their urban counterparts, when it comes to the total amount of donated resources.

FIGURE 16

Breakdown of Total Amount of Donated Funds, and Goods and Services 98/99 (Inuit, Urban/Remote)



Program Needs and Desires

Despite projects' successes in raising funds from a variety of sources, there is an almost ***unanimous call for increased funding***[7] to:

- boost staff complements and benefits;
- contribute to program development and expansion;
- provide training;
- improve and expand facilities;
- offer transportation;
- develop/distribute culture and language resources;
- purchase equipment and supplies;
- secure resources for special needs;
- solicit and establish partnerships/networks;
- improve communication, obtain professional assessments and encourage paternal involvement; and
- organize family support and improve administrative services.

The needs identified by AHS urban and northern sites show that they have a strong desire to improve their programming. With ongoing funding even at the same level, Health Canada can work with projects to help make quality improvements in areas such as services to special needs children; parental involvement; curriculum resources; and training for staff and parents. Health Canada has already put some focus on the issue of special needs children in Aboriginal Head Start through a special report produced in 1998. Parental involvement is a priority in training events and Health Canada support to local projects. Health Canada provides assistance and resources to sites to expand the range of curriculum materials that are available. Training is supported by Health Canada through regional training events, annual national training workshops, and training of AHS teachers in the High/Scope Perry Preschool methodology. Finally, AHS sites can and do seek out resources from other levels of government and funding sources to enhance the vital work that they are doing at the community level.

While participants have made it clear that additional funding is highly desirable, the evidence from the 1998-99 administrative survey also demonstrates that the program has achieved a number of its key goals. Aboriginal Head Start's mission statement says that the program *"will provide comprehensive experiences for First Nations, Métis and Inuit children up to six years of age and their families, with primary*

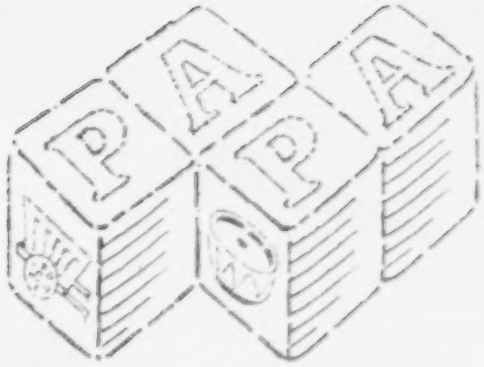
[7]Whenever qualitative answers are listed without clear ranking of their priority or frequency, the first item was the most commonly cited, the second is the next most frequently cited, and so on.

emphasis on preschoolers, 3-5 years of age," with the program to be based on traditional community beliefs within a holistic and safe environment. It is clear from the administrative survey results that AHS sites have succeeded in providing comprehensive experiences to preschool children and their families, with programming taking place in all sites, in all of the six AHS component areas: culture and language; education; health promotion; nutrition; social support; and parental involvement. Within a five-year period, the program has established a network of early childhood development centres for Aboriginal people, where none previously existed. Prior to 1995, no Aboriginal child had the opportunity to participate in a national early childhood program specifically designed to meet her needs; in 1999, 3,200 children in urban and northern communities did.

The program's mission statement goes on to state that *"the primary goal of this initiative is to demonstrate that locally controlled and designed early intervention strategies can provide Aboriginal preschool children in urban and northern settings with a positive sense of themselves, a desire for learning, and opportunities to develop fully and successfully as young people."* Demonstrating that the program has achieved this goal is the role of the national impact evaluation, to commence in 2000-2001. The evidence supplied by the survey reported on here indicates that Aboriginal Head Start, through its range of activities, its group of dedicated staff and community supporters, its ability to work collaboratively with other programs and services, has ample potential to achieve that goal.

Santé Canada Health Canada

PROGRAMME D'AIDE PRÉSCOLAIRE AUX AUTOCHTONES



LES ENFANTS, SOURCE DE SANTÉ ET D'UNITÉ POUR LA COLLECTIVITÉ :

Vue d'ensemble du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et las Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Also available in English under the title: Children Making a Community Whole: A Review of Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities.

La présente publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante:
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/eja/papa.htm

Courrier électronique: ahs-papa@www.hc-sc.gc.ca

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de:

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones
Division de l'enfance et de la jeunesse
Santé Canada
Pré Tunney
Édifice Jeanne Mance
Localisateur d'adresse: 1909C2
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Pour demandes françaises: (613) 952-5845
Pour demandes anglaises: (613) 952-5845
Télécopieur: (613) 941-5492

Toute modification est interdite. Peut être reproduit sans autorisation.

Ce document est également offert sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000.

N° de cat: H39-532/2000F
ISBN: 0-662-84658-3

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

Les centres, les enfants et les familles 4

Les enfants et leurs gardiens principaux 7

Culture et langue autochtones 9

Éducation et préparation à la vie scolaire 11

Promotion de la santé 13

Nutrition 14

Soutien social 16

Participation des parents 18

L'équipe - les membres du personnel,
la formation et les bénévoles 20

Administration et coordination du centre 24

Défis des participants 26

Défis par rapport à la collectivité 27

Financement du programme 29

Besoins et souhaits relatifs au programme 32

INTRODUCTION

Financé par Santé Canada, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) est un programme d'intervention précoce à l'intention des enfants inuits, métis et des Premières nations, ainsi que de leur famille vivant en milieu urbain et dans les grandes collectivités nordiques. En 1998, le programme a connu une importante expansion dans les collectivités des réserves des Premières nations. De façon générale, les centres PAPA permettent de préparer les jeunes enfants autochtones à leur cheminement scolaire en leur fournissant une initiation préscolaire conçue pour combler leurs besoins spirituels, affectifs, intellectuels et physiques. Tous les centres PAPA orientent leur programme et leurs activités vers les six composantes fondamentales du PAPA : culture et langue, éducation, promotion de la santé, nutrition, participation des parents et enfin, soutien social.

Ordinairement, les centres PAPA accueillent de septembre à juin, quatre jours par semaine, 30 à 40 enfants de trois à cinq ans pour des séances d'une demi-journée, le matin ou l'après-midi, dans un contexte préscolaire bien structuré. Les centres PAPA sont dirigés par des organismes autochtones sans but lucratif gérés localement. Les parents participent à la gestion et au fonctionnement des programmes éducatifs destinés à leurs enfants.

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones a suscité un grand enthousiasme et un intense désir d'engagement parmi les participants des collectivités, qu'il s'agisse des parents, du personnel des centres ou des bénévoles qui ont démarré les projets et continuent de les soutenir. Il ressort des déclarations faites aux représentants de Santé Canada par les participants des collectivités que le programme :

- a fourni aux collectivités et aux organismes autochtones une occasion idéale de collaboration;
- a réussi à centrer le dynamisme des collectivités sur un travail collectif pour promouvoir le mieux-être des enfants;
- a amélioré les conditions de vie de milliers d'enfants et de familles autochtones.

Lancé en mai 1995 pour une période d'essai de quatre ans (1995-1996 à 1998-1999), le programme dispose d'un financement permanent de 22,5 millions de dollars par année. En janvier 2000, il existait 112 centres PAPA en milieu urbain et en région nordique dans huit provinces et trois territoires du nord. Il s'agit là d'une augmentation par rapport aux 98 centres qui avaient reçu du financement en 1998-1999, suite à l'entente conclue avec l'Administration régionale Kativik, au Nunavik, dans le nord du Québec, où tous les services de garderie offriront tôt ou tard l'ensemble du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Depuis les débuts du programme, Santé Canada et chacun des centres n'ont cessé de se préoccuper d'évaluation. Tous les centres sont d'ailleurs tenus de produire des évaluations concernant leur programme. Nombre de régions se sont engagées dans une démarche d'évaluation régionale des activités du PAPA (en milieu urbain et dans les collectivités nordiques). À l'échelon national, un cadre de travail a été approuvé à cet effet en 1997. En vertu de ce cadre de travail, des évaluations nationales portant sur le processus et sur les effets du programme doivent être menées. Au cours de l'année suivante, on a mis en place les paramètres de l'Évaluation du processus. Le présent document expose les résultats du premier volet de l'évaluation, soit l'enquête sur le processus ou l'administration, menée en 1999. L'information contenue dans le présent document a été recueillie auprès de 96 des 98 centres PAPA qui, au cours de l'année scolaire 1998-1999, fonctionnaient en milieu urbain et dans les collectivités nordiques. La majorité des centres en étaient alors à leur deuxième ou troisième année de fonctionnement. Le Bureau national du PAPA à Ottawa a expédié par la poste un questionnaire d'enquête à tous les centres. Ceux-ci disposaient de quatre semaines pour le remplir. Parmi les répondants figurent des directeurs de centre, des moniteurs, des parrains, des parents et d'autres personnes liées de près à la prestation du programme. L'évaluation des effets du programme doit débuter en 2000.

Après réception des questionnaires dûment remplis, Kishk Anaquot Health Research s'est vu confier le mandat d'analyser les données. Kim Scott et Debbie Clark ont assumé la rédaction des analyses et la conception des graphiques présentés ici.

Le présent rapport met en relief les résultats de l'enquête en suivant à peu de choses près l'ordre des questions de l'enquête. On y présente l'information générale, les caractéristiques des équipes, le mode d'administration et de coordination des centres, les participants et leur collectivité, les composantes du programme et les diverses stratégies et actions connexes, pour finalement aborder deux séries de sujets dont l'importance n'est certes pas à négliger, à savoir les besoins et les finances du programme. On a procédé à des comparaisons avec des données provenant d'autres sources lorsque cela était possible.

Un document plus volumineux, le Rapport des résultats de l'enquête d'évaluation du processus, présente les résultats complets de l'enquête d'évaluation du processus; ce travail est également l'oeuvre de Kishk Anaquot Health Research. Le présent rapport résume les points saillants de ce document.

Les données recueillies à partir de la première évaluation du processus révèlent d'impressionnants accomplissements au sein des collectivités visées par le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Au cours de la phase pilote, 98 collectivités ont aménagé des installations et mis au point des programmes opérationnels. La plupart des centres fonctionnent à pleine capacité; ils sont la preuve que, grâce au développement et à la gestion par les collectivités autochtones au niveau local, des programmes éducatifs complets et efficaces à l'intention de la petite enfance peuvent être réalisés.

L'Évaluation nationale du PAPA est dirigée par le Comité de direction de l'évaluation. Voici la liste des membres de ce comité au moment de compiler les données présentées dans ce rapport :

Linda Arkwright, *Comité national du PAPA*
Richard Budgell, *gestionnaire national du programme, PAPA (collectivités urbaines et nordiques), Santé Canada*
Esther Kwavnick, *codirectrice, Division de l'enfance et de la jeunesse, Santé Canada*
Lee Morrison, *Statistique Canada*
Robert Pelletier, *Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada*
Richard Veevers, Statistique Canada
Brian Ward, *directeur, Division de l'enfance et de la jeunesse, Santé Canada*
Amy Bell, *Équipe d'évaluation nationale pour les enfants, Santé Canada*
Kathleen Hunter, *conseillère au programme, bureau régional Alberta/T.N.-O., Santé Canada*
Odette Johnston, *gestionnaire, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves, Direction générale des services médicaux, Santé Canada*
Lynne Robertson, *analyste de l'évaluation, PAPA (collectivités urbaines et nordiques), Santé Canada*

Cette étape de l'évaluation a été menée au nom de Santé Canada sous la direction de Valerie Galley de mai à août 1999, et de Lynne Robertson depuis août 1999; elles ont toutes deux l'immense mérite d'avoir mené cette entreprise à bon terme. Enfin, nous désirons exprimer toute notre reconnaissance aux participants des centres PAPA qui ont consacré le temps nécessaire à remplir le questionnaire d'évaluation, et qui continuent de se dévouer, jour après jour, afin d'offrir aux enfants et aux familles autochtones un programme préscolaire d'excellente qualité.

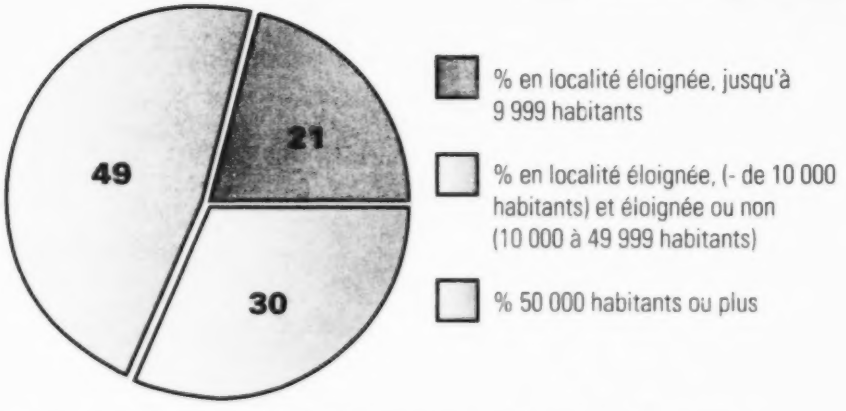
Richard Budgell
Gestionnaire national du programme

Les centres, les enfants et les familles

On évalue que 30 % de l'ensemble des centres PAPA sont situés en région urbaine, 21 % dans des localités éloignées et 49 % dans des localités non éloignées comptant 49 999 habitants ou moins. Un total de 3 236 enfants sont inscrits au programme. Les deux sexes sont représentés à peu près également, et le groupe le plus nombreux est celui des quatre ans.

FIGURE 1

Répartition des centres PAPA selon la taille et l'éloignement des localités



Les listes d'attente des centres PAPA comptent plus de 600 enfants, dont la plupart devront attendre environ sept semaines avant d'être admis. La grande majorité des centres (88 %) ont prévu des modalités d'admission des enfants, comprenant notamment des entrevues, des visites à domicile, un formulaire de demande d'admission et de la documentation à distribuer aux parents. Le nombre d'enfants dont le nom figure sur une liste d'attente ne donne qu'une faible idée des besoins existants par rapport au programme. Le recensement de 1996 de Statistique Canada révèle que 27 000 enfants autochtones âgés de trois et quatre ans vivent hors réserve. Même en fonctionnant à pleine capacité, comme c'était le cas en 1999, les centres ne peuvent accueillir

qu'une faible proportion de ces enfants, ainsi que la figure 2 l'illustre.

Chaque centre reçoit chaque jour environ 30 enfants. Près d'un cinquième (17 %) d'entre eux requièrent une attention spéciale de la part du personnel, principalement en raison de troubles du langage, du SAF/EAF, de problèmes affectifs ou de comportement, ou encore de retards de développement. Des évaluations à cet égard devraient être effectuées auprès de 384 autres enfants. La figure 3 indique le nombre d'enfants ayant des besoins spéciaux selon le type de besoins diagnostiqués.

FIGURE 2

Nombre d'enfants autochtones participant au PAPA et nombre total d'enfants autochtones (hors réserve) âgés de 3 et 4 ans, par région

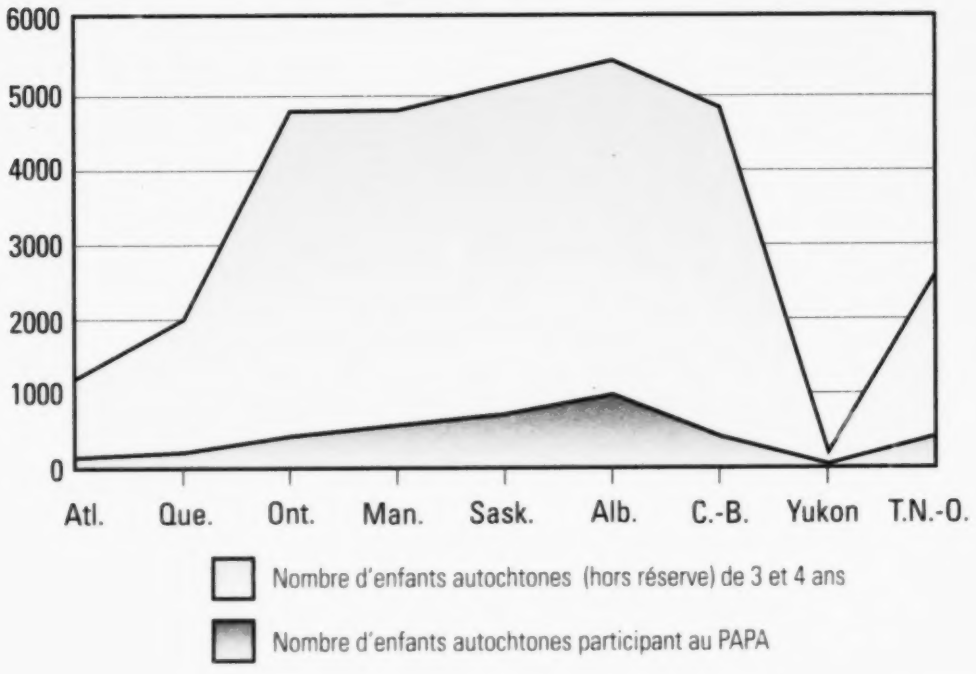
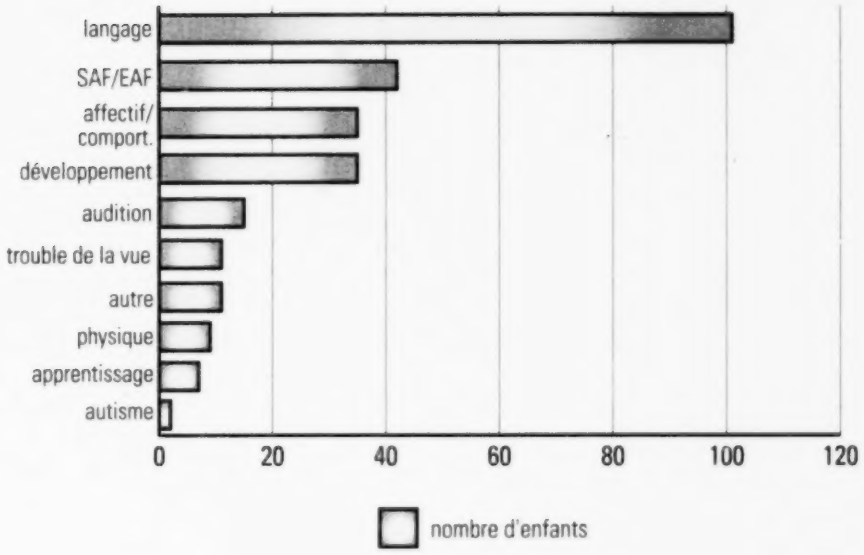


FIGURE 3

Nombre d'enfants ayant des besoins spéciaux diagnostiqués, selon le type de besoins



LÉGENDE :

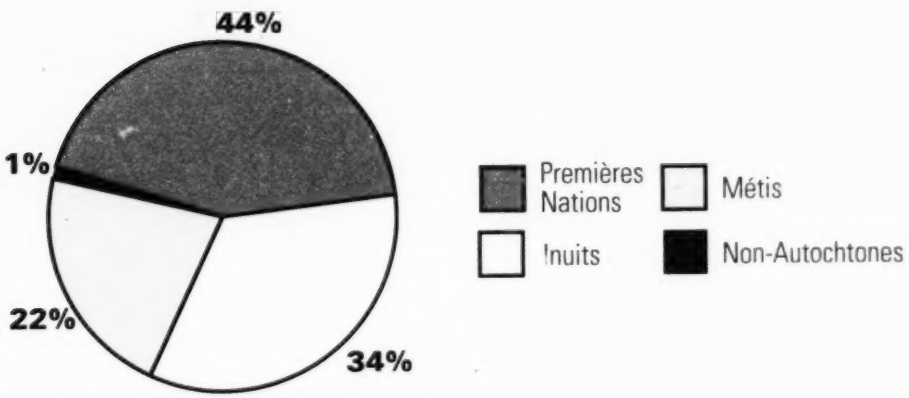
langage	=	retard, trouble de la parole
SAF/EAF	=	Syndrome d'alcoolisme foetal / Effets de l'alcool sur le foetus
affectif/comport.	=	problème affectif ou de comportement
développement	=	retard ou trouble de développement
autre	=	par ex., traumatisme cérébral
audition	=	trouble auditif
physique	=	aux prises avec un handicap
apprentissage	=	trouble d'apprentissage

Les enfants et leurs gardiens principaux

Près de la moitié (44 %) des enfants participants appartiennent aux Premières nations, tandis que 22 % sont Métis et 34 % Inuits. Quinze pour cent parlent couramment une langue autochtone; il s'agit principalement d'enfants vivant dans les collectivités inuites ou dans d'autres localités éloignées.

FIGURE 4

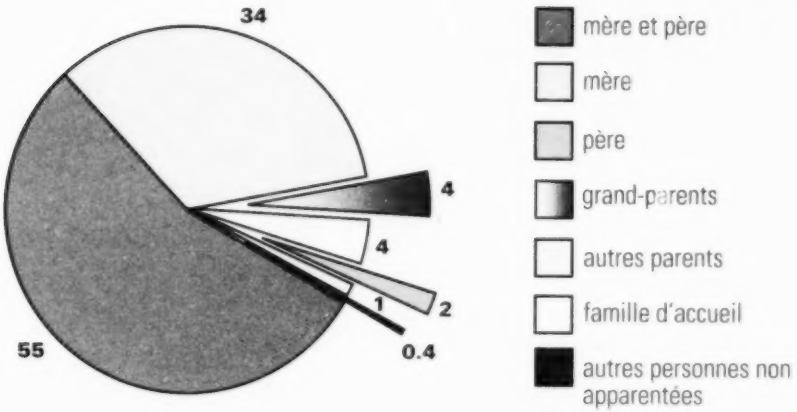
Répartition des enfants selon l'appartenance ethinique (en %)



La majorité (55 %) des enfants inscrits au programme habitent avec leurs parents, mais plus du tiers (34 %) vivent dans une famille monoparentale dirigée par une femme. Une faible proportion (8 %) des enfants participant au PAPA sont élevés dans des familles d'accueil ou par leurs grands-parents, et 2 % vivent avec leur père seulement.

FIGURE 5

Répartition des enfants (en %) selon le gardien avec qui ils vivent



Dans l'ensemble de la communauté autochtone, moins de la moitié (43 %) des enfants autochtones de moins de 15 ans vivent dans une famille dirigée par un couple marié, le quart sont élevés par un couple en union libre, et presque le tiers (32 %) vivent au sein d'une famille monoparentale. Dans les grandes régions urbaines, le taux d'enfants vivant dans des familles monoparentales est plus élevé.[1]

[1] Statistique Canada (1998). Le Recensement de 1996 : données sur les Autochtones. *Le Quotidien*, 13 janvier 1998, p. 5.

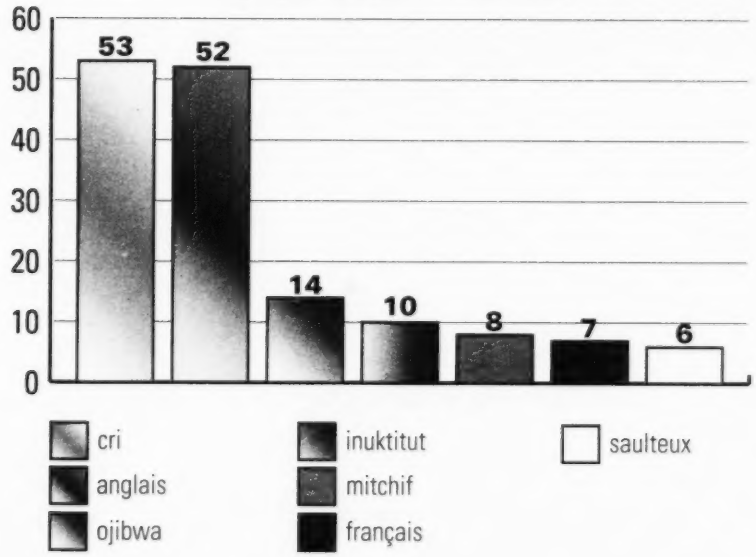
Culture et langue autochtones

La plupart des centres indiquent qu'ils utilisent l'anglais et au moins une langue autochtone comme principales langues d'enseignement. Dans cinq centres au moins, le français et une langue autochtone étaient les principales langues d'enseignement. Les langues autochtones les plus communément enseignées en classe sont, en ordre décroissant d'utilisation, le cri (53 centres), l'ojibwa (14 centres) et l'inuktitut (10 centres). Les autres langues autochtones ne sont chacune utilisées que dans un centre seulement. L'éventail de langues est vaste et comprend l'algonquin, l'attikamek, le blackfoot (siksika ou pied-noir), le carrier, le chipewyan, le dakota, le déné, le dogrib, le gwichin, le hal'qu'em'elem, le han, l'innuEimun, l'inuinnagtun, l'inuvialuktun, le kaska, le kwa-kwa-la, le micmac, le mitchif, le mohawk, le montagnais, le tuchoni du nord, le nuu-chah-nulth, l'oneida, le saulteux, l'esclave, le smalgyax et le squamish. Au total, trente langues autochtones sont utilisées en présence des enfants.

En ce qui a trait à l'utilisation plus familière de la langue en présence des enfants, plus de centres mentionnent qu'ils utilisent une langue autochtone. En ordre décroissant de fréquence, les langues utilisées sont le cri (47 centres), l'ojibwa (13 centres), l'inuktitut (neuf centres), le mitchif (huit centres) et le saulteux (sept

FIGURE 6

Langues enseignées en classe (nombre de centres)



centres). La majorité des centres utilise quotidiennement une langue autochtone (91 % des centres), des livres (67 %) ou des jouets (71 %) reflétant les cultures autochtones. Cependant, 41 % des centres indiquent qu'ils n'utilisent jamais de livres écrits dans une langue autochtone. Les aînés et les traditionalistes sont plus communément engagés dans des activités culturelles quotidiennes ou hebdomadaires; les parents et les gardiens participent aux volets culturels du programme le plus souvent sur une base hebdomadaire ou mensuelle.

Les stratégies gagnantes, en ce qui concerne la culture et les langues autochtones, comprennent une immersion complète, l'utilisation de matériel visuel ainsi que de jouets, de livres et de matériel scolaire culturellement pertinents, la participation des aînés, des parents et de la famille, l'utilisation de musique et de chansons, ainsi que d'un programme éducatif fondé sur la culture. Les projets pour l'avenir mettent l'accent sur l'accroissement de la participation des aînés, des parents et de la collectivité, les changements à apporter au programme éducatif, une utilisation plus intensive de la langue, une intégration plus marquée de la musique et de la danse, l'accroissement des sorties éducatives, de la formation pour le personnel, de l'utilisation en classe des arts, de l'artisanat et des cérémonies. En ce qui concerne la composante culturelle et linguistique, les changements sont mesurés, le plus souvent, par l'observation et la rétroaction.

Éducation et préparation à la vie scolaire

Une très grande majorité de centres (80 % et plus) indiquent que leurs activités quotidiennes comprennent les suivantes :

- féliciter les enfants pour leurs réalisations;
- écouter de la musique;
- encourager les enfants à parler de leurs expériences;
- encourager les enfants à être curieux, à poser des questions et à expérimenter;
- travailler en groupe;
- raconter des histoires aux enfants;
- favoriser la reconnaissance des lettres et de l'alphabet;
- favoriser la reconnaissance des chiffres;
- familiariser les enfants avec les formes et les couleurs.

Dans 54 % des centres, on invitait les parents, au moins une fois par mois, à utiliser le matériel pédagogique à la maison. De façon beaucoup moins courante, on encourageait les parents à aider leurs enfants à apprendre leurs chiffres et leurs lettres ou à se montrer fiers du travail de leurs enfants.

Les répondants signalent qu'en matière de promotion du développement de l'enfant et de préparation à la vie scolaire, la stratégie la plus efficace consiste à partir d'un programme éducatif bien planifié et élaboré selon les règles de l'art. Les répondants soulignent également l'importance des efforts soutenus et concertés pour faciliter le développement de l'enfant en misant sur la participation parentale et communautaire. Des campagnes de communication régulières et efficaces, une démarche privilégiant l'apprentissage actif, le rehaussement de la confiance en soi chez l'enfant, l'attention portée aux compétences du personnel et un bon suivi de l'évolution des changements dans le développement sont aussi jugés particulièrement efficaces. Les changements préconisés pour l'avenir afin de

promouvoir la préparation à la vie scolaire comprennent notamment des modifications au programme éducatif afin d'y inclure davantage d'enseignements scolaires de base, d'apprentissage cognitif des habiletés psychosociales et un plus grand contenu autochtone. On a également mentionné la création de nouveaux programmes et partenariats, la mise en place de mesures pour accroître la participation parentale et communautaire, le rehaussement des possibilités de formation, l'intensification des efforts liés au développement et à la croissance, des stratégies d'évaluation plus rigoureuses et davantage de sorties éducatives.

L'évaluation formelle, plus peut-être que pour toute autre composante du PAPA, est utilisée pour mesurer les changements en matière d'éducation et de préparation à la vie scolaire. Certains citent même les outils utilisés, lesquels comprennent le test de développement de Denver, l'inventaire diagnostique pour le dépistage auprès des enfants (DISC) ainsi que le test de dépistage préscolaire de Brigance pour les enfants de trois ans et quatre ans. L'observation constitue la deuxième stratégie de mesure la plus communément employée et, bien qu'un grand nombre de centres mentionnent qu'ils mènent un suivi et des évaluations auprès des enfants, peu de détails concernant ces outils de mesure sont clairs. Enfin, la rétroaction, sous forme de commentaires écrits ou oraux recueillis auprès des parents, du personnel, des membres de la collectivité et des éducateurs de garderie, constitue la troisième stratégie la plus populaire pour évaluer les effets produits par le PAPA.

Santé Canada considère que l'évaluation des besoins et des progrès de l'enfant constitue un élément primordial dans l'étude des effets du programme. C'est sur cet aspect que se concentrera l'évaluation des effets du PAPA dont les travaux ont débuté en 2000.

Promotion de la santé

Quand leurs efforts d'éducation en matière de santé s'adressent aux parents, la plupart des centres distribuent de l'information à tous les mois, bien qu'une partie appréciable d'entre eux (15 % et plus) distribuent quotidiennement des livres, des brochures ou de l'information sur les services de santé et le développement de l'enfant. Lorsque les enfants constituent la cible des efforts d'éducation en matière de santé, les activités quotidiennes les plus populaires sont l'activité physique (79 %) et le développement des habiletés motrices (87 %), suivies par l'hygiène dentaire (59 %).

Les centres rapportent que les meilleures stratégies de promotion de la santé sont, dans l'ordre, l'éducation à la santé, l'hygiène, l'éducation nutritionnelle, la participation des professionnels de la santé et de la collectivité, les exercices pratiques et la participation des parents. Les projets pour l'avenir comprennent l'accroissement de la participation communautaire et professionnelle aussi bien que des changements au programme éducatif, la création d'occasions de formation pour les parents et le personnel, l'accroissement de la participation parentale et de la fréquence des sorties éducatives. L'observation des changements dans les pratiques d'hygiène des enfants constitue la stratégie la plus communément utilisée pour mesurer l'influence des efforts de promotion de la santé. Bien que moins courantes, la rétroaction et l'évaluation sont également utilisées. Enfin, certains s'appuient sur les dossiers établis, tels que les dossiers d'immunisation, afin de déterminer s'ils obtiennent des changements sur le plan de la santé.

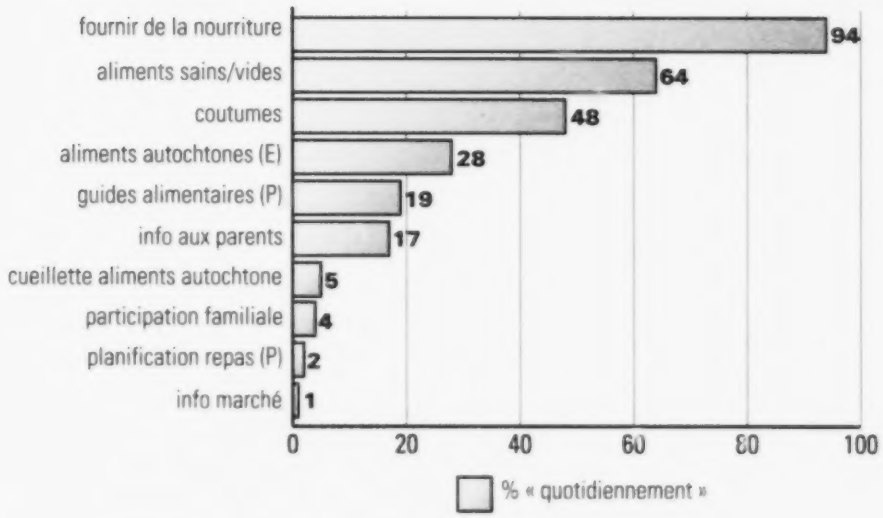
Nutrition

Quotidiennement, presque tous les centres (94 %) servent des repas ou des goûters, et près de la moitié (48 %) permettent chaque jour aux participants de renouer avec des traditions alimentaires autochtones de la région. Bien que la majorité intègrent les familles à des activités liées à la nutrition, 30 % affirment ne l'avoir jamais fait. Les parents reçoivent en général de l'information sur la nutrition (guides alimentaires, ateliers, manière de faire le marché, planification des repas et autre information générale) chaque mois ou chaque année. La leçon quotidienne la plus enseignée aux enfants vise à les aider à différencier les aliments sains des aliments vides. Dans 60 % des centres, on a accès chaque jour ou chaque semaine à des mets autochtones, alors que la cueillette ou la préparation de ceux-ci constitue le plus communément une activité mensuelle.

La distribution de nourriture est perçue comme la meilleure façon de promouvoir une saine alimentation. Les exercices pratiques et les ateliers ou la formation axés sur la nutrition prenaient la deuxième et la troisième places parmi les stratégies gagnantes les plus souvent mentionnées. Pour l'avenir, on projette notamment d'enrichir le programme éducatif à partir de nouvelles idées, de stimuler la participation des familles, d'offrir des séances de formation et des ateliers en nutrition, d'intensifier la communication et d'inciter la collectivité à augmenter sa contribution. Le plus souvent, le changement en matière de nutrition est mesuré au moyen de la rétroaction et de l'observation; toutefois, une minorité de centres procèdent à des évaluations formelles ou se basent sur des mesures indirectes (par ex., le taux d'anémie) pour mesurer les effets de leur travail.

FIGURE 7

Types d'activités quotidiennes liées à la nutrition



LÉGENDE :

fournir de la nourriture	=	offrir des repas ou des goûters dans le cadre du programme
aliments sains/vides	=	enseigner la différence entre les aliments sains et la nourriture vide
coutumes	=	familiariser les enfants avec les coutumes alimentaires autochtones
aliments autochtones (E)	=	familiariser les enfants avec la nourriture autochtone
guides alimentaires (P)	=	faire connaître le Guide alimentaire canadien aux parents
info aux parents	=	fournir de l'information nutritionnelle aux parents
cueillette aliments autochtones	=	faire participer les enfants à la cueillette d'aliments autochtones
participation familiale	=	amener la famille à participer à des activités liées à l'alimentation
planification repas (P)	=	fournir aux parents de l'information sur la planification des repas
info marché	=	fournir aux parents des trucs pour faire le marché dans un souci de santé

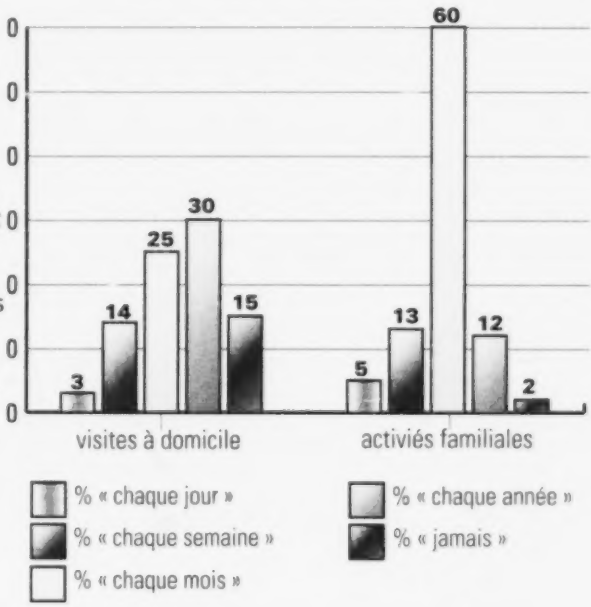
Soutien social

Les services personnalisés au chapitre du soutien social à l'intention des familles sont offerts la plupart du temps dans le cadre de visites à domicile. La raison d'être de la composante « soutien social » est de s'assurer que les familles sont informées des ressources et services offerts dans la collectivité et de les aider à se prévaloir de ces services.

Dans la moitié des centres PAPA, on peut échanger des vêtements, et dans le tiers environ, les parents ont accès à une joujouthèque. Les groupes d'entraide, les activités familiales et la constitution de réseaux grâce à des ateliers représentent les outils les plus souvent offerts mensuellement dans les centres PAPA. L'information sur les habiletés parentales est distribuée quotidiennement dans 28 % des centres, mais les parents sont plus susceptibles de recevoir de l'information sur les services sociaux ou d'être aiguillés vers ces services ou des spécialistes mensuellement.

FIGURE 8

Fréquence des activités de soutien social[2]



Les activités visant à faire connaître le PAPA en tant que ressource communautaire sont très courantes; les trois quarts au moins des répondants déclarent qu'une personne du centre a distribué de la documentation, assisté à des ateliers, rencontré des organismes de services ou invité des gens de l'extérieur à visiter le centre au cours des douze mois précédents. Presque tous les

[2] Lorsque le total des pourcentages n'égale pas 100 pour cent, la différence représente le pourcentage des centres qui n'ont pas répondu.

centres reçoivent l'appui de la maternelle locale et de l'infirmière en santé publique (respectivement 96 et 95 %). Plus des trois quarts jouissent du soutien des services de garde, des conseillers familiaux, des hôpitaux ou des cliniques, des médecins, des dentistes, des services de formation de la main-d'oeuvre ainsi que des services d'éducation et d'alphabétisation. L'appui est moins solide du côté des services de santé mentale et de transport.

Quarante pour cent des centres ont formé des partenariats officiels (conclus au moyen d'accords écrits) avec des organismes communautaires et en retirent d'intéressants avantages, dont l'accès aux ressources suivantes : livres, ordinateurs, installations, ressources culturelles, programmes de perfectionnement personnel, équipement, aide financière, programmes de repas, éducateurs, spécialistes, joueurs de hockey professionnels, programmes prénatals et services sociaux. On remarque que des mesures vigoureuses ont été prises pour fournir un soutien social au programme et aux familles; on a notamment encouragé les parents à participer aux activités parrainées par le PAPA, stimulé l'engagement de la collectivité, offert de la formation aux parents, fourni un appui aux familles et organisé des activités pratiques.

Dans l'avenir, les centres projettent d'accroître la participation parentale au PAPA, de raffermir l'engagement de la collectivité, d'offrir de la formation et d'ajouter du personnel à leur équipe. La plupart du temps, on évalue les changements sur le plan du soutien social par l'observation et la rétroaction. Dans une minorité de centres, on utilise les réponses et témoignages fournis dans les questionnaires distribués aux parents, les données figurant dans les dossiers administratifs concernant les recommandations vers des spécialistes ou celles provenant d'autres centres de services sociaux comme moyen pour déceler les changements survenus sur le plan du soutien social.

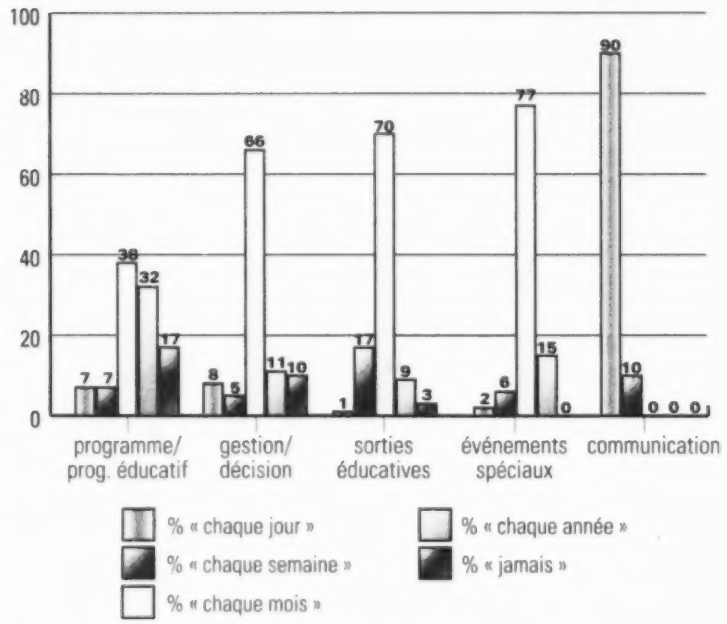
Participation des parents

Des échanges avec les parents surviennent quotidiennement dans la grande majorité des centres (90 %) et, dans presque autant d'endroits (85 %), des comités de parents se réunissent en moyenne 10 fois par an. La participation des parents à la gestion et à la prise de décision, aux sorties éducatives, aux événements spéciaux et à l'élaboration du programme éducatif se manifeste le plus souvent sur une base mensuelle. Un peu plus de la moitié des répondants (53 %) déclarent que les parents participent à l'embauche et à l'évaluation, et la plupart des centres (83 %) donnent aux parents l'occasion de prendre des décisions dans de nombreux domaines. Une grande proportion (70 %) déclarent qu'il a été difficile d'amener les parents à s'engager; toutefois, le nombre moyen de parents qui participent s'établit à 14 par centre.

Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer les difficultés à cet égard sont les conflits d'horaire (entre celui du PAPA et celui des parents) et les engagements professionnels et scolaires des parents. Certains mentionnent aussi les problèmes de transport et les raisons personnelles (par ex., manque d'intérêt ou de motivation) ainsi que la méconnaissance du programme. Cependant, dans

FIGURE 9

Fréquence de la participation des parents à diverses activités



le quart des centres, on déclare n'avoir eu aucune difficulté à obtenir la participation des parents.

Les obstacles les plus courants à l'inscription des enfants au programme et à leur fréquentation des centres sont, dans l'ordre, le transport, les horaires et les capacités limitées d'accueil. Parmi les autres obstacles mentionnés figurent des services de garde peu fiables, des problèmes familiaux (par ex., maladie, négligence, violence, pauvreté), des critères d'admission contraignants, des craintes de la part des parents et la barrière des langues. Le plus souvent, les équipes du PAPA recrutent des participants en invitant les parents à visiter le centre, en tenant des rencontres individuelles et en incitant les travailleurs des services sociaux et éducatifs locaux à recommander le centre aux parents. Parmi les autres stratégies utilisées, on compte la publicité, les joujouthèques, les entrevues téléphoniques, les visites à domicile, les entrevues accordées aux médias et les journées portes ouvertes. Seulement 15 % des centres prévoient, dans leurs méthodes de recrutement, un volet particulier pour les pères.

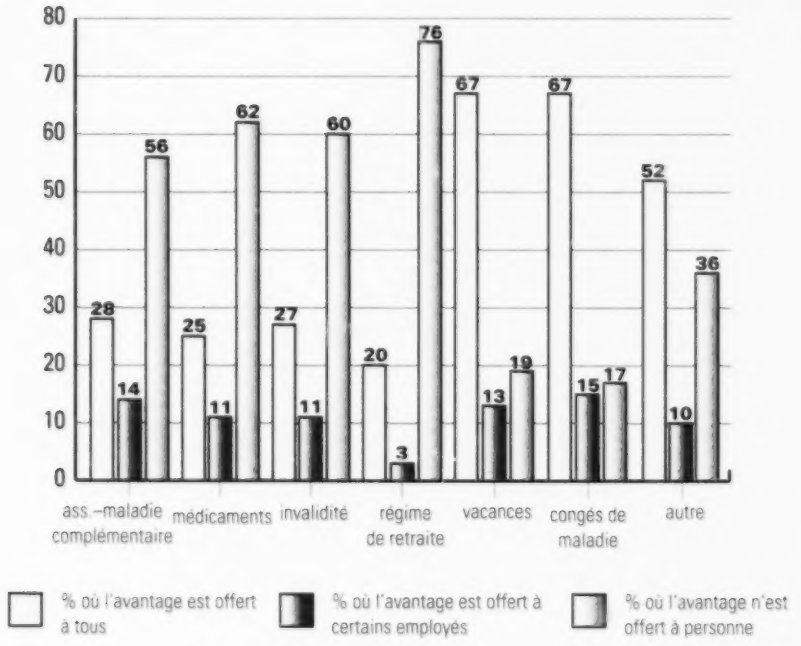
Les stratégies gagnantes pour susciter l'engagement des familles sont, en ordre décroissant d'efficacité, le recours aux services d'approche, l'engagement de la collectivité, l'organisation d'ateliers de formation et les services de soutien aux familles. Dans l'avenir, on projette notamment de demeurer centré sur les parents au moyen de programmes d'approche et d'encouragement, d'obtenir la participation de plus larges secteurs de la collectivité, d'intensifier la formation et de procéder à des changements au programme éducatif ou à l'ensemble du programme. Une fois de plus, les effets sont la plupart du temps évalués grâce à l'observation des attitudes et du comportement des parents, et en recueillant des commentaires sur leur satisfaction à l'égard du programme et de la qualité de l'interaction; toutefois, certains (une minorité) mesurent systématiquement l'engagement parental.

L'équipe - les membres du personnel, la formation et les bénévoles

Le nombre d'employés rémunérés s'élève à 589, ce qui donne des équipes d'environ six personnes par centre. De septembre 1998 à mai 1999, le taux de départs s'est établi à 33 %. Les employés partent principalement pour des raisons personnelles, pour profiter d'une occasion d'emploi ou pour d'autres raisons. Les employés du PAPA jouissent généralement de vacances et de congés de maladie; toutefois, dans l'ensemble, la brochette des avantages sociaux offerts est plutôt maigre. Moins d'un tiers des répondants affirment bénéficier d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance médicaments ou d'une assurance invalidité. La situation est semblable en ce qui concerne l'accessibilité à un régime de retraite. Cependant, la majorité des centres mentionnaient l'existence d'autres avantages, notamment le Régime de pensions du Canada, l'assurance emploi, les programmes d'assistance aux employés et à la famille, et les régimes d'épargne.

FIGURE 10

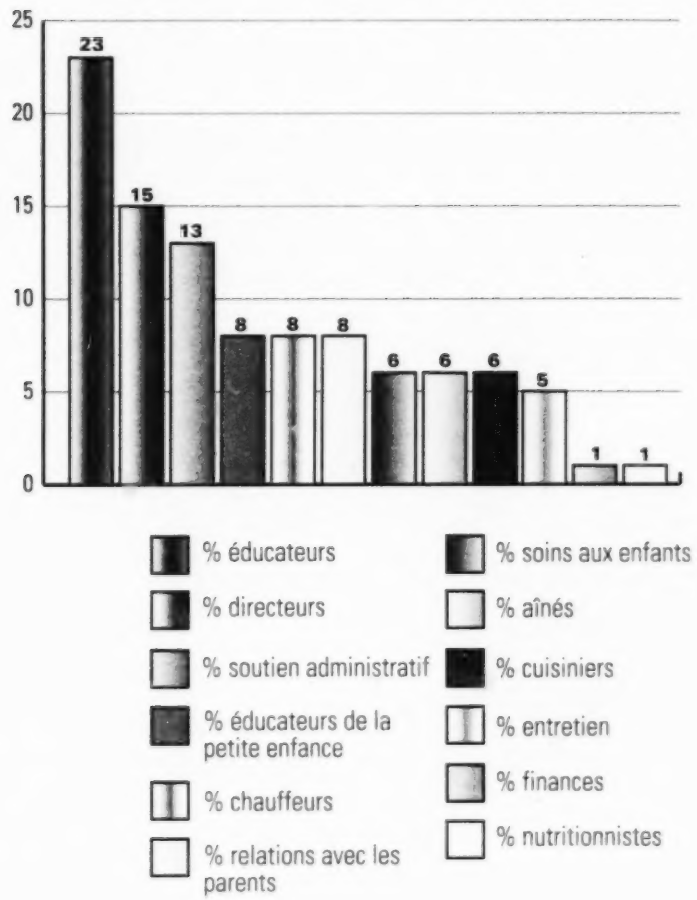
Divers avantages sociaux offerts



La figure 11 illustre la répartition du personnel rémunéré selon le poste occupé. Le groupe le plus nombreux se compose des éducateurs[3] et des directeurs[4]. Le personnel de soutien administratif, les responsables des relations avec les parents, les chauffeurs d'autobus et les personnes disposant d'une formation en éducation de la petite enfance forment le second groupe en importance. Des aînés, des cuisiniers et des personnes chargées de l'entretien font également partie des équipes du PAPA, et dans quelques centres, des nutritionnistes et des responsables des finances complètent les équipes.

FIGURE 11

Répartition des membres de l'équipe selon le poste

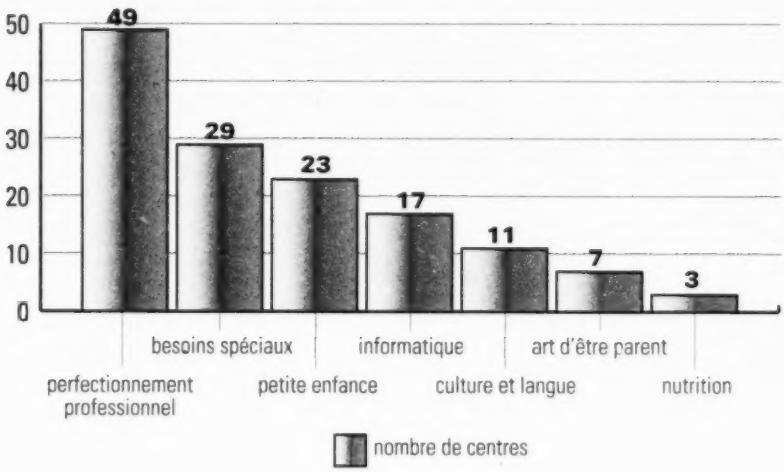


[3]Le groupe des éducateurs comprend généralement des moniteurs qui peuvent avoir ou non un baccalauréat en éducation ou un diplôme en éducation de la petite enfance.
[4]Outre leurs fonctions administratives, les directeurs jouent souvent aussi le rôle de moniteurs ou de concepteurs de programmes éducatifs.

La majorité des membres des équipes travaillent dans les salles de classe. Le personnel de soutien administratif et les employés responsables des relations avec les parents forment le deuxième groupe en nombre. Une très faible proportion des équipes (6 % ou moins dans chaque cas) est constituée par les aînés, les cuisiniers, les préposés à l'entretien, les responsables des finances ou les nutritionnistes. Au moins 71 % des membres des équipes sont Autochtones. En moyenne, ils travaillent 35 heures par semaine et 44 semaines par année, à un salaire horaire de 13,13 $. On estime que 31 % des membres du personnel sont formés en éducation de la petite enfance et que 14 % ont un diplôme de premier cycle ou un grade supérieur. Les occasions de formation les plus courantes sont celles qui sont parrainées par Santé Canada (ateliers régionaux et nationaux de formation), suivies par la possibilité de suivre des cours (43 %) dans le cadre de l'emploi. La formation en éducation de la petite enfance est accessible à la majorité (82 %); toutefois, en ventilant les données selon le critère d'éloignement, on constate que si cette formation est accessible dans pratiquement tous les centres situés en milieu urbain, elle ne l'est que dans 45 % des centres éloignés ou inuits. Les répondants soulignent un besoin pressant de perfectionnement professionnel ainsi que d'une formation susceptible de les aider à composer efficacement avec les besoins spéciaux et à stimuler le développement des jeunes enfants. D'autres signalent le besoin de formation en informatique et de cours de langue et culture.

FIGURE 12

Besoins de formation selon le type



Au cours d'un mois normal, le PAPA profite de plus de 19 000 heures de travail bénévole. Calculé en argent au salaire horaire de 13,13 $, cela représente une contribution bénévole au programme de 249 470 $ chaque mois, soit près de 3 millions de dollars par an! Les membres de la famille sont plus susceptibles de donner de leur temps à l'occasion d'événements spéciaux, probablement en raison de leurs obligations professionnelles ou scolaires, alors que les membres de la collectivité ont davantage tendance à contribuer aux activités de financement. Pour ce qui est des aînés, la plus grande partie du bénévolat se fait en classe.

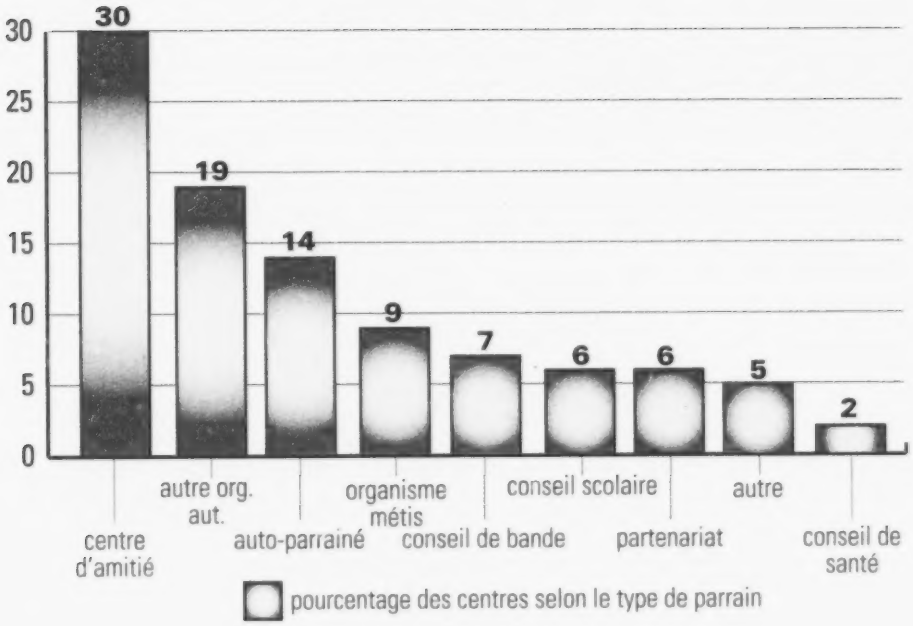
Administration et coordination du centre

Les centres d'amitié sont les parrains de près d'un tiers (30 %) de l'ensemble des centres PAPA situés en milieu urbain et dans les collectivités nordiques. Dix-neuf pour cent sont parrainés par d'autres organismes autochtones (c'est-à-dire des centres de santé, des établissements métis, des organismes sans but lucratif), et une proportion non négligeable (14 %) sont autoparrainés, c'est-à-dire parrainés par un organisme incorporé composé de parents. Près du quart des centres avaient un parrain en commun avec d'autres centres ou partageaient des services de transport; la moitié des centres partageaient de l'équipement ou des locaux, et environ le tiers avaient du personnel en commun. Leurs partenaires sont nombreux et variés; les plus courants sont notamment les conseils scolaires, d'autres programmes d'intervention précoce, des centres de santé, le Programme d'action communautaire pour les enfants et des services de garderie.

Les centres ont accordé une très bonne note relativement à un grand nombre des principaux aspects du programme. La plupart des centres se disent satisfaits de la conception globale du programme, de son élaboration et de sa gestion nationale. Les conseillers régionaux et la direction régionale sont très appréciés. Enfin, si les centres se disent en majorité (81 %) satisfaits ou très satisfaits des démarches régionales et locales d'évaluation, les sentiments sont beaucoup moins positifs à l'égard des processus administratifs suivants : le renouvellement du financement, la trésorerie et l'évaluation nationale.

FIGURE 13

Types de parrains



LÉGENDE :

autre org. aut. = autre organisme autochtone
partenariat = toute combinaison de parrains
autre = organisme sans but lucratif, établissement métis

Défis des participants

À peine plus du quart (26 pour cent) des centres PAPA estiment que l'engagement des parents constitue le défi le plus difficile à relever en ce qui a trait à la participation. Cette constatation rejoint celle tirée de l'expérience du programme Head Start américain où l'engagement des parents continue d'être un défi même après ses quasi quarante ans d'existence. Vingt pour cent des centres croient que l'analphabétisme des parents freine sérieusement leur participation, et 14 % estiment que le SAF/EAF chez les parents représente un problème sérieux. Près de la moitié des centres PAPA doivent faire face à des défis posés par la présence de parents adolescents, de manière marquée dans 9 % des cas, et plus bénigne dans 40 % des cas. La nécessité d'offrir un soutien particulier en raison de troubles du langage est le problème grave le plus souvent mentionné relativement aux enfants, suivi des problèmes de comportement.

Les membres des équipes estiment que les meilleures manières de surmonter les défis liés aux familles demeurent, dans l'ordre, le perfectionnement professionnel, l'encouragement à la participation des parents et le recours aux ressources de la collectivité. Leurs projets pour l'avenir visent premièrement la formation; deuxièmement, des stratégies ingénieuses pour stimuler la participation des parents, comme par exemple davantage de mesures incitatives ou un pouvoir de décision accru; enfin, certains centres projettent d'adjoindre un travailleur des services d'approche à leur équipe. Certains centres se proposent également de rendre le programme plus ouvert et mieux adapté aux besoins spéciaux, ou préconisent un plus grand soutien mutuel des divers organismes et un perfectionnement de l'administration du programme.

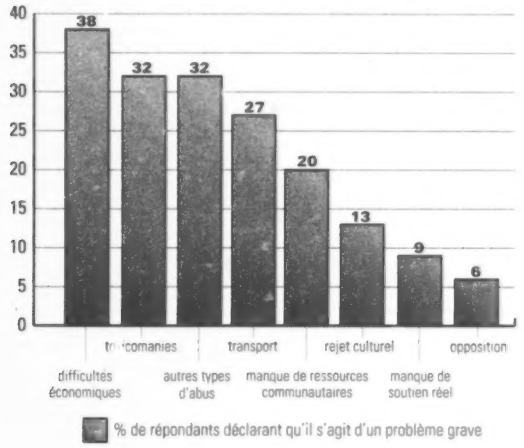
Bien qu'on dispose de peu d'information sur les taux de blessures et les taux de maladies chroniques ou infectieuses parmi les enfants participant au PAPA, on sait que les affections auriculaires (15 %), les allergies (13 %), l'asthme (12 %) et la bronchite (7 %) constituaient les maux les plus répandus parmi l'échantillon d'Autochtones du Canada qui ont répondu à l'Enquête régionale sur la santé (ERS), laquelle a permis d'établir un portrait des enfants inuits et des Premières nations âgés de zéro à onze ans. Dans l'échantillon représentant l'ensemble de la population du pays, sept pour cent présentaient un poids excessif ou des problèmes psychologiques. De même, l'Institut canadien de la santé infantile signale que le risque de mourir accidentellement est quatre fois plus élevé chez les enfants des Premières nations que chez les autres enfants canadiens; pour les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire, le taux est plus de cinq fois supérieur : 15/100 000 chez les autres enfants canadiens d'âge préscolaire contre 83/100 000 chez ceux des Premières nations! Au sein du groupe des zéro à cinq ans, les blessures non mortelles les plus courantes étaient les fractures (4 %), les brûlures graves (3 %) et les blessures graves à la tête (3 %). On relevait des problèmes affectifs ou de comportement chez neuf pour cent des enfants les plus jeunes (de zéro à cinq ans).

Défis par rapport à la collectivité

En ce qui touche les collectivités, les plus grands défis que les centres doivent relever sont les difficultés économiques du milieu, soulignées par 38 % des centres, et les toxicomanies ainsi que les diverses formes de violence, telle la violence familiale, identifiées comme des problèmes graves par près d'un tiers des répondants. Plus du quart (27 %) des centres estiment que le manque de moyens de transport est un problème sérieux et un répondant sur cinq mentionne le manque de ressources et de services communautaires. Pour quelques-uns, l'intolérance du système scolaire envers la culture distincte des enfants autochtones (13 % des centres) et un manque de soutien réel de la part de la collectivité autochtone (9 %) constituent de graves problèmes.

FIGURE 14

Défis par rapport à la collectivité



LÉGENDE :

toxicomanies	=	alcool, drogues et solvants
autres types d'abus	=	violence familiale et autre
transport	=	manque de moyens de transport
rejet culturel	=	manque d'ouverture au caractère distinctif de la culture autochtone dans les écoles locales
manque de soutien réel	=	manque de soutien concret de la part de la collectivité
opposition	=	opposition au programme dans la collectivité

Il est intéressant de noter que 8,5 % des membres des Premières nations vivant hors réserve, 7,5 % des familles métisses et 12,7 % des familles inuites déclarent manquer de nourriture. À titre de comparaison, dans l'ensemble de la population canadienne, on estime que le manque de nourriture constitue un problème pour 7,5 % des gens. Du côté de l'emploi, 24,5 % des Autochtones étaient sans emploi en 1996 alors que le taux de chômage pour l'ensemble des Canadiens s'établissait à dix pour cent[5]. Interrogés sur les défis qu'ils considèrent les plus importants par rapport à la collectivité, les Autochtones (Premières nations hors réserve, Métis et Inuits) ont évoqué les problèmes sociaux suivants : le chômage, la toxicomanie, la violence familiale, la violence sexuelle et le suicide[6].

Les équipes du PAPA estiment que la stratégie la plus efficace dont ils disposent pour relever les défis par rapport à la collectivité consiste à établir des partenariats et à susciter la participation de la collectivité. L'intégration des parents par une formation et des ateliers, le recours à des activités et à des fêtes culturelles pour souligner les aspects positifs, le maintien d'une véritable communication et les efforts visant l'amélioration de la conception du programme sont d'autres manières de relever les défis. Parmi les moyens qu'on prévoit utiliser pour relever les défis posés par le milieu, notons entre autres l'amélioration des relations publiques, la prestation de services de transport, l'accroissement des activités de financement, de l'engagement des parents et du contenu culturel; enfin, dernier projet mais non le moindre, engager du personnel qualifié ou offrir de la formation.

[5] Caledon Institute of Social Policy. (1999). Les Autochtones et le marché de l'emploi canadien, page 8.

[6] D'après Statistique Canada, Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales, Enquête auprès des peuples autochtones de 1991, 1993, tel que cité par l'Institut canadien de la santé infantile dans La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI, 1994, page 140.

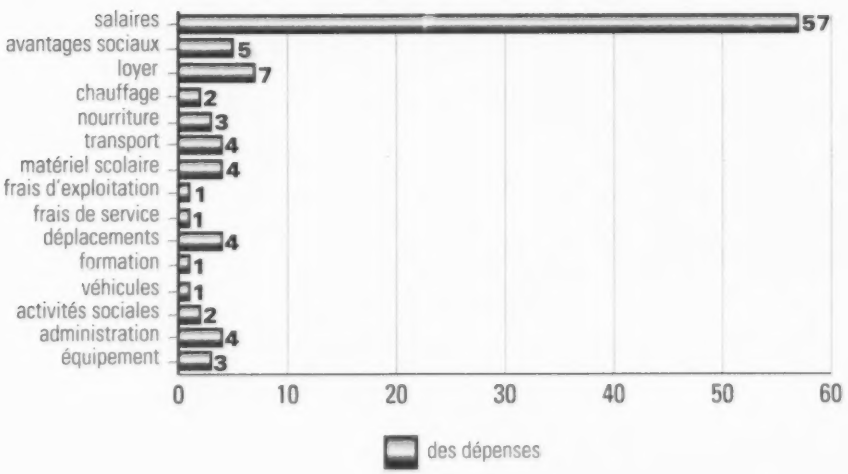
Financement du programme

Durant l'exercice allant du 1er avril 1998 au 31 mars 1999, pour l'ensemble des centres PAPA, le montant médian de financement reçu de Santé Canada s'établissait à 200 000 $. Les dépenses médianes étaient légèrement plus élevées, soit 200 268 $. Ce portrait global gomme toutefois des différences marquées entre les trois catégories de centres : ainsi, les centres inuits ont reçu de Santé Canada un financement médian de 177 000 $ et effectué des dépenses médianes de 240 000 $. Pour l'ensemble des centres situés en région éloignée, le financement médian s'élevait à 124 000 $ et les dépenses à 170 000 $. La différence s'explique par le financement et les dons d'autres provenances, comme on le verra plus loin. C'est seulement dans les centres en milieu urbain que la contribution de Santé Canada correspondait exactement aux dépenses, soit 212 000 $.

Dans tous les centres, les salaires constituaient le principal poste de dépenses. Les centres y ont consacré un montant médian de 123 155 $ pour l'année, exceptés les centres en région éloignée, où la médiane s'établissait à 96 918 $. Le coût médian des avantages sociaux du personnel atteignait 10 000 $, mais on observe de grandes différences selon la catégorie de centres : la médiane est de 21 416 $ pour les centres inuits contre 6 253 $ pour les centres en région éloignée. Comme on l'a mentionné dans la section portant sur les équipes des centres (page 20), cela peut s'expliquer par la grande différence entre les avantages sociaux offerts par les divers centres à leurs employés, l'ensemble des avantages sociaux offerts étant en général insuffisant.

FIGURE 15

Répartition (en %) des dépenses totales des centres PAPA



Les centres PAPA consacraient des sommes assez comparables à la location des immeubles qui les abritent. Pour l'ensemble des centres, les dépenses médianes à ce poste s'élevaient à 14 700 $ pour l'année. Les centres situés en pays inuit et en milieu urbain dépensaient légèrement davantage à ce chapitre, soit 15 200 $ et 15 805 $ respectivement, alors que ceux des régions éloignées s'en tirent un peu mieux avec 10 017 $. Dans l'enquête de 1999, d'où sont tirées les présentes données, on ne posait pas de question sur les sommes engagées au paiement de l'hypothèque par les centres qui étaient propriétaires de l'immeuble où ils menaient leurs activités; cette question a été ajoutée dans l'enquête de 2000.

Les centres détaillaient de nombreuses autres dépenses, notamment les frais bancaires, les frais d'exploitation d'immeubles (c.-à-d., assurance, rénovations, enlèvement des ordures), de déplacement (pour assister à des réunions, suivre de la formation ou faire des sorties éducatives), de formation, de véhicules (puisqu'un grand nombre de centres possèdent et utilisent des autobus ou des fourgonnettes), d'administration (c.-à-d., vérifications, honoraires versés à des aînés et à des spécialistes, assurances, publicité) et dépenses pour l'achat d'équipement et de fournitures (c.-à-d., livres, jouets, meubles, papeterie et produits de nettoyage). Soulignons les résultats pour deux de ces postes de dépenses; les centres ont, dans l'ensemble, dépensé un montant médian de 4 130 $ pour la formation, mais pour les centres inuits, cette médiane est beaucoup plus élevée, soit 14 665 $; au poste de l'équipement et des fournitures, les dépenses médianes atteignent 7 300 $, la médiane étant sensiblement plus élevée dans les centres inuits, avec 12 500 $.

Ces deux postes de dépenses sont essentiels au maintien d'un programme de qualité : de nombreuses études ont démontré l'importance d'un personnel bien formé pour maintenir ou améliorer la qualité de l'enseignement aux jeunes enfants; par ailleurs, on doit disposer dans les classes de suffisamment de matériel pédagogique et d'équipements de jeu sécuritaires pour garantir un programme de qualité.

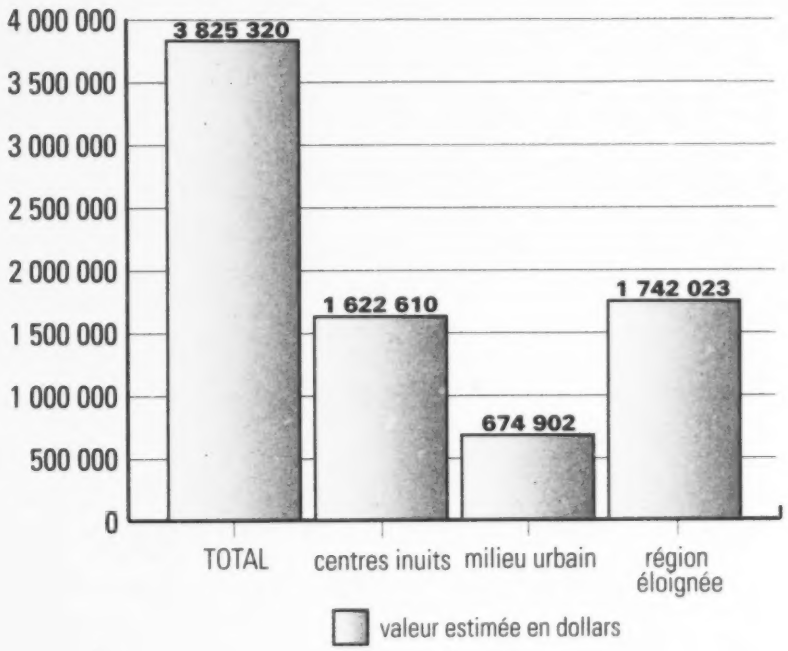
Comme on l'a mentionné précédemment, les dépenses totales des centres PAPA dépassent sensiblement le financement fourni par Santé Canada (19 045 000 $ en soutien direct aux centres urbains et nordiques en 1998-1999). Pour suppléer au financement de Santé Canada, les centres PAPA ont montré leur habileté à réunir des fonds d'autres provenances, notamment les gouvernements municipaux et provinciaux, d'autres programmes fédéraux, des fondations privées, ainsi que des dons provenant d'organismes autochtones et des collectivités. Plus de trois millions de dollars de financement supplémentaire ont ainsi été amassés en 1998-1999!

En examinant la valeur totale estimée des biens et services offerts gratuitement, on constate facilement que les centres ont bénéficié de l'équivalent d'un montant supplémentaire de 766 693 $ sous forme de travail, de locaux, de

nourriture, de transport et de matériel scolaire. À ce chapitre, les centres urbains ont été privilégiés. La valeur totale des dons en argent et des contributions en biens et services au PAPA atteint 3 825 320 $ pour l'exercice 1998-1999. En ventilant les données, il ressort clairement que les centres inuits et les centres en région éloignée reçoivent, en dons, une valeur totale de ressources nettement plus élevée que les centres en milieu urbain.

FIGURE 16

Répartition de la valeur totale des contributions en argent et en biens et services, 1998-1999 (centres inuits, milieu urbain et région éloignée)



Besoins et souhaits relatifs au programme

Bien que les centres aient réussi à recueillir des fonds de sources très diverses, ***on réclame de façon quasi unanime, un financement accru***[7] pour :

- augmenter l'effectif en personnel et fournir des avantages sociaux plus généreux;
- participer à l'élaboration du programme et à son expansion;
- fournir de la formation;
- réaménager et agrandir les locaux;
- offrir du transport;
- élaborer et diffuser des ressources linguistiques et culturelles;
- acheter de l'équipement et des fournitures;
- allouer des ressources aux besoins spéciaux;
- rechercher et conclure des partenariats et mettre sur pied des réseaux ;
- améliorer la communication, bénéficier d'évaluations professionnelles et encourager la participation des parents;
- structurer le soutien aux familles et améliorer les services administratifs.

Les besoins indiqués par les centres PAPA en milieu urbain et nordique dénotent une volonté intense d'améliorer la prestation du programme. Même si le financement régulier demeure au même niveau, Santé Canada peut collaborer avec les centres en vue de les aider à améliorer la qualité des services rendus dans des domaines tels les services aux enfants ayant des besoins spéciaux, l'engagement des parents, les ressources en matière de programme éducatif et la formation destinée au personnel et aux parents. Santé Canada a déjà consacré des efforts à la question des enfants ayant des besoins spéciaux en produisant un rapport spécial en 1998. Dans les activités de formation et dans le cadre du soutien qu'offre Santé Canada aux centres PAPA, l'accent est mis sur l'engagement des parents. Santé Canada fournit de l'aide et des ressources aux centres pour leur donner accès à davantage d'outils pédagogiques. Le ministère soutien la formation par le biais d'activités de formation à l'échelle régionale, d'ateliers nationaux annuels de formation et par la formation d'éducateurs du PAPA à la méthode du High/Scope Perry Preschool. Enfin, les centres PAPA peuvent solliciter l'appui d'autres instances gouvernementales et d'autres sources de financement, ce qu'ils font d'ailleurs afin de remplir encore mieux leur mission essentielle au sein de leur collectivité.

[7]Dans les cas où des réponses qualitatives sont énumérées sans mention de leur ordre de priorité ou de fréquence, le premier élément mentionné dans le texte correspond à la réponse la plus souvent donnée, le second fait référence à la deuxième réponse en terme de fréquence, et ainsi de suite.

Bien que les participants prônent sans l'ombre d'un doute un accroissement du financement, les résultats de l'enquête administrative de 1998-1999 démontrent qu'on a néanmoins atteint de nombreux objectifs du programme. Dans l'énoncé de mission du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, on dit que le programme *« offrira (...) une expérience complète et positive aux enfants métis, inuits et des Premières Nations, de la naissance à six ans et à leur famille, mais surtout aux enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans) »*, grâce à une approche fondée sur les croyances collectives traditionnelles, dans un environnement holistique et sécuritaire. Les résultats de l'enquête administrative permettent d'établir clairement que les centres PAPA ont réussi à procurer des expériences enrichissantes aux enfants d'âge préscolaire et à leur famille, en faisant la promotion, dans le cadre d'un programme structuré, des six composantes du PAPA : langue et culture, éducation, promotion de la santé, nutrition, soutien social et participation des parents. À l'intérieur d'une période de cinq ans, le programme a mis sur pied, à partir de rien, un réseau de centres de développement des jeunes enfants à l'intention des Autochtones. Avant 1995, aucun enfant autochtone n'avait la chance de participer à un programme préscolaire national spécialement conçu pour combler ses besoins; en 1999, 3 200 enfants en milieu urbain et en collectivités nordiques ont eu cette chance.

L'énoncé de mission du programme établit également que *« cette initiative vise principalement à montrer qu'une stratégie d'intervention précoce conçue et gérée au niveau local peut aider les enfants autochtones d'âge préscolaire en milieu urbain et nordique à former une image positive d'eux-mêmes, leur donner le goût d'apprendre et leur procurer des occasions de se développer pleinement et harmonieusement »*. Il reviendra à l'évaluation nationale des effets du programme, laquelle débute en 2000-2001, à démontrer que le programme a rempli cette mission. Les éléments déjà réunis par la présente enquête indiquent que le PAPA, par la gamme de ses activités, par son personnel dévoué et les appuis qu'il recueille dans les collectivités, par sa capacité de travailler de concert avec d'autres programmes et services, possède tout le potentiel requis pour atteindre cet objectif.